PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM IV. ZESZYT II. MARZEC. KWIECIEŃ. 1911.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chirurgicznego D-ra Władysława Stankiewicza.

O polipowatem zapaleniu odbytnicy i kiszki grubej

(Polyposis recti et intestini crassi)

podał

EMIL BURSCHE

ordynator Szpitala Ewangielickiego *).

Polipowate zapalenie całej błony śluzowej odbytnicy i kiszki grubej należy do rzędu bardzo ciężkich i nieuleczalnych cierpień. Zdarza się ono, na szczęście, bardzo rzadko: w piśmiennictwie znalazłem tylko kilkanaście szczegółowo opisanych przypadków tego zapalenia, i dla tego pozwalam sobie przytoczyć tu przypadek polipowatego zapalenia odbytnicy i esicy, który spostrzegam od $1^1/_2$ roku.

*) Odczyt, wygłoszony na Zjeździe Chirurgów Polskich w Warszawie 6, 7 i 8 października 1910.

Dnia 12 czerwca 1909 r. przybyła do oddziału D-ra Stankiewicza w szpitalu ewangielickim chora, Anna K., 25-letnia mężatka, żona gospodarza wiejskiego, w stanie nadzwyczajnego wycieńczenia ogólnego. Od chorej i rodziny jej dowiadujemy się, iż pochodzi z rodziny zdrowej; nikt w rodzinie nie chorował na krwawienie ze stolca, lub uporczywe rozwolnienie. W dziecięcych latach żadnych poważniejszych chorób nie przechodziła, nie bywała nigdy skłonna do rozwolnienia, na biegunkę krwawą nie chorowała. Wyszła za mąż przed 5-ciu laty, urodziła 1 dziecko zdrowe; od 2-ch lat cierpi bez powodu na częste, po kilka razy dziennie powtarzające się wypróżnienia z obfitem wydzielaniem się śluzu („szlamu", jak mówi chora); domieszka krwi, początkowo nieznaczna, w ostatnich czasach coraz bardziej zwiększała się. Od kilku miesięcy przestała miesiączkować. Leczenie dotychczasowe lekami wewnętrznymi pozostało bez skutku, chora z każdym dniem traciła na wadze i siłach, mocno wychudła. Od kilku miesięcy jest zmuszona leżeć w łóżku ż powodu braku sił. Narzeka na bóle w kiszce stolcowej i lewem podbrzuszu.

Badając chorą, znalazłem: chora średniego wzrostu, prawidłowej budowy, bardzo blada i ogromnie wycieńczona, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość bardzo nieznaczna; tętno miękkie, przyśpieszone — 96 na minutę; ciepłota ciała prawidłowa; w płucach i sercu zmian poważniejszych nie znalazłem, tylko wyraźne szmery anemiczne u wierzchołka serca. Język obłożony, wilgotny; brzuch nieco wzdęty, bolesny na ucisk z lewej strony; w lewem podbrzuszu wyczuwa się nieznaczne nacieczenie.

Badając przez odbytnicę znajdujemy: cała odbytnica tak daleko, jak można sięgnąć palcem, jest wypełniona miękkiemi, łatwo krwawiącemi naroślami rozmaitej wielkości — od ziarnka maku do wielkości śliwki. Miejscami cała błona śluzowa robi wrażenie na palec macający, jakby się palec przesuwał po aksamicie. Narośle te, o czerwonej, nierównej, guzowatej powierzchni, są częściowo usadowione na szypułach niewielkich, częściowo zaś na szerokiej podstawie.

Po przygotowaniu chorej za pomocą leków przeczyszczających i wlewań do odbytnicy — przystąpiłem 17 czerwca do operacyi. W uśpieniu chloroformowem rozszerzono zwieracz odbytu, włożono wziernik i jeszcze raz dokładnie przemyto odbytnicę wodą wyjałowioną, a następnie żegadłem Pacquelina wypalono wszystkie dostępne dla oka i palca narośle, które, badane następnie pod mikroskopem, okazały się gruczolakami z przewagą elementów łącznotkankowych. Dość znaczne krwawienie miąższowe uspokoiło się po utkaniu kiszki gazą jodoformową. Nazajutrz część kawałków gazy usunięto.

Chora przebyła operacyę dobrze, bóle znikły zupełnie; po 2-ch dniach w czasie oddawania stolca wyszła i reszta kawałków gazy. Zalecono przemywanie odbytnicy rozczynem taniny po 2 razy dziennie. Chora prędko poprawiała się, zjawiło się i łaknienie, stolce po 3 — 4 razy dziennie — bez krwi, tylko z domieszką śluzu. Po kilku dniach chora zaczęła wstawać i 27 lipca wypisała się ze szpitala na własne żądanie. Badanie odbytnicy wykazało jednak jeszcze cały szereg drobnych narośli i nierówności całej błony śluzowej. Zalecono chorej i nadal stosować wlewanie do kiszki ze

środków ściągających, odżywiać się obficie i wkrótce pokazać się dla skontrolowania. W końcu listopada tegoż roku chora powtórnie przybyła do szpitala. Od kilku tygodni stan znacznie pogorszył się, stolce częstsze — po kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt razy dziennie z obfitem wydzielaniem się „szlamu“, i znaczną domieszką krwi; osłabienie spotęgowało się, zaczęła znowu chudnąć. Wskazuje na silne bóle w lewem podżebrzu. Badając, znaleziono całą okrężnicę zstępującą i esicę mocno bolesną na ucisk; wyczuwa się tu pewną różnicę w spoistości w porównaniu z drugą stroną.

Przez odbytnicę palec wyczuwa niezliczoną liczbę guzów miękkich tegoż charakteru, co i za pierwszym razem. Na 6 ctm. powyżej zwieracza – zwężenie, nie przepuszczające nie tylko palca, lecz nawet cienkiego zgłębnika. D. 2 września przystąpiono do nałożenia sztucznego odbytu w 2 tempach. Po otwarciu jamy brzusznej w lewem podbrzuszu na 5 ctm. powyżej więzu Pouparta, zbadano ręką okrężnicę zstępującą, wyciągnięto pętlę tejże w blizkości okrężnicy esowatej, ponieważ już w tem miejscu nie wyczuwano żadnych zmian, i przyszyto do ściany brzusznej, a 6 września utworzono sztuczny odbyt. Badanie palcem wykazało, że sztuczny odbyt został zrobiony powyżej chorej części kiszki; narośli powyżej w okrężnicy zstępującej nie znaleziono, niżej zaś i cała esica — wypełniona polipami. Przy pomocy żegadła odpalono masy polipowate od strony otworu stolcowego i sztucznego odbytu, grubym kłębem gazy kilka razy wytarto mocno całą błonę śluzową i jeszcze raz przypalono żegadłem. W ten sposób udało się wydostać wielką ilość polipowatych narośli tegoż charakteru, co i za pierwszym razem.

Krwawienie na razie było nieznaczne Wieczorem ogólna zapaść, objawy krwotoku wewnętrznego, upadek tętna i kilka krwawych stolców. Po zdjęciu opatrunku i zbadaniu, znaleziono 2 strzykające naczynka, które podwiązano. Zastosowano środki pobudzające i wstrzykiwania pod skórę fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Stan chorej zaczął poprawiać się i w 2 dni potem czuła się już znacznie silniejszą. Stosowałem następnie regularne przemywania codzienne przez sztuczny odbyt dolnego odcinka rozczynem $^1/_4{}^0/_{00}$ lapisu i lawatywy z taniny. Ponieważ po niejakim czasie, badając przez kiszkę stolcową i sztuczny odbyt, jeszcze znalazłem nierówności błony śluzowej, dnia 30 grudnia jeszcze raz przypaliłem te nierówności i znowu wytarłem kilkakrotnie całą powierzchnię błony śluzowej grubym i twardym kłębem z gazy, w dalszym ciągu stosowałem przemywanie z coraz mocniejszego rozczynu lapisu, dochodząc stopniowo do $1^0/_0$, i lawatywy z taniny. Chorej przybywało stale na wadze, nawet przytyła i cera zupełnie poprawiła się. Ponieważ nowych narośli, ani też nierówności pomimo kilkakrotnych badań nie znalazłem, przystąpiłem 19 marca 1910 r. do zaszycia sztucznego odbytu.

Na razie rana zagoiła się zupełnie i chora miewała stolce drogą naturalną raz dziennie, dobrze sformowane; tylko po wstrzykiwaniach do odbytnicy lapisu, lub po lawatywie taninowej wydzielała się jeszcze niewielka ilość śluzu. Dnia 28 marca przetoka na nowo otworzyła się i przez nią wyszedł znowu spory egzemplarz glisty pospolitej. Przetoka ta samoistnie i powoli zamknęła się. Pacyentka dnia 2 kwietnia wypisała się ze szpitala zu-

pełnie zdrowa. Badanie nie wykazało żadnych zmian na błonie śluzowej kiszki. W sierpniu tegoż roku otrzymałem od chorej list, w którym mi donosi, że czuje się zupełnie dobrze, może pracować, stolce są prawidłowe raz dziennie; stosuje skrupulatnie wciąż lawatywy z taniny, po których wydziela się jeszcze bardzo nieznaczna ilość „szlamu"; przetoka jeszcze raz otworzyła się, chociaż kał przez nią nie wydziela się, tylko po lawatywie pokazuje się kropelka wody. Od 2-ch tygodni jednakże odczuwa pewne bóle w lewej dolnej kończynie i spostrzega nieznaczne jej obrzmienie, oraz pewne osłabienie tej nogi podczas chodzenia. Poradziłem chorej przyjechać niezwłocznie do Warszawy w celu zbadania, dotychczas jednak nie pokazała się.

Anatomia patologiczna. Polipami wogóle nazywamy niezłośliwe guzy, które wyrastają na powierzchni błony śluzowej, nie przechodząc na tkanki głębsze. Są to zwykle narośle niewielkie, rzadko bardzo dochodzące do wielkości jaja kurzego, chociaż zdarzają się i znacznie większe. Tak Roemm (u Esmarcha) spostrzegał przypadek polipa, który wypełniał całą odbytnicę i ważył 4 funty. Powierzchnia tych narośli bywa zwykle czerwona, gładka, czasami zlekka guzowata; wyrastają one zwykle na swej szypule pojedyncze, rzadko bardzo spotyka się ich kilka na jednej szypule; łączą się z błoną śluzową kiszki za pomocą dłuższej lub krótszej, grubszej lub cieńszej szypuły; składają się z bujających gruczołów i tkanki łącznej, która oddziela elementy gruczołowe Stosunek ilościowy dwóch tych tkanek bywa rozmaity: czasami przeważają gruczoły, czasami zaś prawie cały polip składa się z elementów łącznotkankowych, pośród których wykrywamy nieznaczną tylko liczbę tworów gruczołowych.

Esmarch dzieli polipy odbytnicy na 2 postacie:

1) Brodawczaki błony śluzowej i

2) Gruczolaki tejże.

Najczęściej spotykamy takie pojedyncze polipy lub kilka odosobnionych—u dzieci, i to wcale nie rzadko; rocznie w ambulatoryum szpitala Ewagielickiego spotykam po kilkanaście przypadków; u dorosłych bywają one względnie rzadko. Jeszcze rzadziej przytrafia się, że liczba polipów tak powiększa się, iż cała prawie błona śluzowa zostaje przez nie zajęta. Pierwszy Crips zwrócił uwagę na odrębny charakter tych guzów. Przyczyną bywa zwykle jakieś długotrwałe podrażnienie (krwawa biegunka, tyfus), wskutek tego błona śluzowa powoli przerasta.

Przerost ten bywa niekiedy jednolity, t. j. odbywa się równomiernie na całej przestrzeni części podrażnionej, niekiedy zaś jest nierównomierny, skutkiem czego powstają ściśle ograniczone zgrubienia błony śluzowej, które, wyciągając się, otrzymują szypułę i nabierają kształtu polipów. Najczęstszą przyczyną, wywołującą przerost błony śluzowej kiszek, jest przewlekłe, przerostowe zapalenie nieżytowe; postać zapalenia nieżytowego, w której rozwijają się polipy — zwiemy polipowatem zapaleniem (polyposis, Dmochowski).

Pod mikroskopem przekonywamy się, że polipy te składają się z cienkiego stożka tkanki łącznej, otoczonego mocno przerosłą błoną śluzową. Przerost ten polega na zgrubieniu tkanki łącznej międzygruczołowej oraz na powiększeniu się liczby i kształtu gruczołów. Często bardzo gruczoły są porozszerzane i tworzą maleńkie torbiele, napełnione śluzem. Są to więc twory bardzo zbliżone do gruczolaków, i stanowią postać przejściową pomiędzy zapaleniem i nowotworami. Niekiedy zaś polipy przyjmują cechy złośliwe: ilość elementów gruczołowych powiększa się znacznie, i są one pooddzielane tylko przez wązkie pasemka łącznotkankowe; nabłonek, wyścielający gruczoły, zmienia się w wysoki, walcowaty i wydziela znaczne ilości śluzu. Ta postać gruczolaków jest niezmiernie zbliżona do raka. Przejściowe postacie nazywają (Handford) gruczolakami złośliwymi (adenoma malignum), albo gruczolako-rakami (adeno-carcinoma).

Że znalezienie raka w polipowatem zapaleniu nie jest przypadkowe, o tem świadczy przypadek Helfricha, w którym rak między polipami rozwijał się nieomal w oczach lekarzy, spostrzegających dany przypadek, i w zupełnie nietypowem dla raka miejscu. Handfordowi udało się nawet wprost pod mikroskopem w swoim przypadku stwierdzić niewątpliwie wszystkie postacie przejściowe między gruczolakiem i typowym rakiem. Zresztą, możliwość przejścia polipa w raka stwierdzają i spostrzeżenia autorów nad polipami w innych narządach: Ménétier — nad polipami żołądka, Bayer — nad polipami nosa.

Nazwa. Zależnie od zmian, jakim podlega błona śluzowa, postacie te u autorów noszą różne nazwy. Virchow nazywa je: colitis polyposa cystica — wskutek torbielowatego zwyrodnienia polipów, jakie znalazł w swoim przypadku, Luschka—polypoese

Vegetationen, wyrośle polipowate, ponieważ główny nacisk kładzie na olbrzymią liczbę polipów i znaczne ich rozszerzenie się na błonie śluzowej, Whitehead — Adenomata multiplicia, Sklifasowski także — Polyadenoma, Handford — Adenoma malignum, Dmochowski — Polyposis v. enteritis polyposa.

Wiek chorych. Polipowate zapalenie odbytnicy i kiszki grubej zdarza się przeważnie u ludzi młodych. W statystyce Porta spotykamy 8 przypadków w latach od 10—20, 3 od 20—30 i tylko jeden po 30-tym roku. Pierwsze objawy pokazują się zwykle już w dzieciństwie, rzadko później; w moim przypadku w wieku lat 23, u Daltona w 26-tym roku, u Sklifasowskiego nawet w 44-ym.

Przyczyną omawianego zapalenia bywa, jak już wyżej wspomniałem, po większej części długotrwały stan nieżytowy kiszek po krwawej biegunce, tyfusie lub w gruźlicy (przypadek Tocharda). Często jednak trudno wskazać powód: niewiadomo, czy stan nieżytowy kiszek wywołał polipy, czy też jest on pierwszym objawem już rozwiniętego zapalenia polipowatego. Często i dziedziczność odgrywa tu pewną rolę. Już Bartélemy zwracał uwagę na to, i przytacza przypadki polipów odbytnicy jednocześnie u kilku osób w rodzinie, bliźniąt lub nawet dalszych krewnych. Port zajął się zbadaniem tej kwestyi i z 7 przypadków tylko w 2-ch nie znalazł potwierdzenia. Zajmujący pod tym względem jest przypadek Niemacka, nie włączony do statystyki Porta: miał on po kolei w leczeniu 12 letnią dziewczynkę, jej ojca i brata ciotecznego — chorych na polipowate zapalenie kiszki grubej; pierwsze dwa przypadki zakończyły się śmiercią — dziewczynka zmarła wskutek krwotoków, ojciec na raka odbytnicy, który rozwinął się między polipami.

Objawy. Polipowate zapalenie odbytnicy i kiszki grubej rozpoczyna się zwykle uporczywym nieżytem kiszki grubej. Stan ten może trwać miesiące, nawet lata całe; przyczem od czasu do czasu zaostrza się. Następnie na pierwszy plan występują obfite śluzowe i krwawe wypróżnienia, połączone często z bolesnemi parciami po kilkanaście i nawet kilkadziesiąt razy dziennie. Domieszka krwi, z początku nieznaczna, coraz powiększa się i dochodzi do uporczywych, nawet śmiertelnych krwotoków. Chorzy stają się niedokrwiści i coraz bardziej słabną. Czasem wybujałości polipowate zwiększają się do tego

stopnia, że zwężają światło kiszki. W moim przypadku zwężenie odbytnicy było tego rodzaju, że nie przepuszczało nawet cienkiego zgłębnika. Zdarzają się i przypadki, gdzie polipy wywołują wgłobienie okrężnicy w odbytnicę, jak opisują Lookwood, Cruveilhier, Guillet i Geissler. Polipy, jak już wyżej wspomniałem, nie zawsze zostają naroślami niezłośliwemi; piśmiennictwo wykazuje szereg przypadków, gdzie na tle polipów rozwinął się rak, i wtedy zwykle kończą się śmiercią.

Rozpoznanie zwykle nie jast trudne, jeżeli wobec objawów, powyżej wyłuszczonych, nie zaniechamy zbadania odbytnicy palcem lub za pomocą wziernika; polipowate zapalenie bowiem najczęściej rozpoczyna się w odbytnicy, gdzie też najsilniej bywa wyrażone — stamtąd dopiero szerzy się ku górze. Zdarzają się jednak ukryte postacie tego cierpienia, gdzie w odbytnicy nie znajdujemy żadnych zmian (przypadki Schwaba, Leberta), a pomimo to przebieg choroby przemawiał na korzyść połipowatego zapalenia i, badając zwłoki, znaleziono całą kiszkę ślepą i okrężnicę wypełnione setkami i tysiącami polipów. Rozpoznanie w takich przypadkach jest prawie niemożliwe. Dlatego też w razie uporczywych stolców krwawych, nie poddających się leczeniu wewnętrznemu, powinniśmy w rozpoznaniu różniczkowem brać zawsze pod uwagę i polipowate zapalenie kiszki grubej. Trudno czasem rozstrzygnąć pytanie — jak wysoko sięga zapalenie polipowate. A jest to rzeczą wielkiej wagi, gdyż od tego zależy możliwość wyleczenia, lub poprawy. Rzadko bardzo — tylko wobec wiotkich ścian brzusznych, u osobników mocno wychudłych — udaje się wymacać zgrubiałą esicę, lub okrężnicę na przestrzeni, wypełnionej polipami. Czasem nawet i po otwarciu jamy brzusznej nie można przekonać się, dokąd sięga granica zapalenia polipowatego (pierwszy przypadek Schwaba).

Łatwiej już zrobić rozpoznanie różniczkowe między połipami wyłącznie i towarzyszącym im guzem rakowatym, wybujałości bowiem polipowate są miękkie i usadowione tylko na powierzchni błony śluzowej, rak zaś zajmuje i głębsze warstwy. Cała ściana odbytnicy jest wtedy zgrubiała, stwardniała, światło kiszki zwężone.

Rokowanie polipowatego zapalenia jest bardzo smutne. Z 18 przypadków, przytoczonych przez Rottera — 12 skończyło się śmiercią, 6 z powodu wycieńczenia, krwotoków i wgłobie-

nia. W 6 innych powodem śmierci był rak. Jeszcze gorzej przedstawia się statystyka Porta: z 13 zmarło 9 i tylko u 4 nastąpiła poprawa. I mój przypadek należy do tej niewielkiej kategoryi szczęśliwych: od marca bowiem b. r. u chorej nie było już żadnych objawów — czy jednak wyleczenie będzie trwałe — trudno jest orzec, wszak już ostatnie wiadomości listowne: bóle i obrzmienie lewej kończyny dolnej, pomimo braku objawów ze strony odbytnicy i stanu ogólnego, zdają się temu przeczyć.

Leczenie wewnętrzne pozostaje, naturalnie, bez skutku, ponieważ wszelkie środki, dawane wewnętrznie, działają po większej części tylko na mięśnie kiszek, bardzo nieznacznie zaś na błonę śluzową. Jedynem uzasadnionem leczeniem jest usunięcie drogą operacyjną wszelkich narośli i zarazem energiczne leczenie stanów nieżytowych, ażeby zniszczyć skłonność błony śluzowej do tworzenia dalszych wybujałości polipowatych.

Jeśli usunięcie wszystkich narośli przez odbytnicę jest niemożliwe, stwarza się sztuczny odbyt, ażeby z jednej strony uwolnić chorą kiszkę od ciągłego podrażnienia przesuwającym się kałem, z drugiej — by tą drogą podziałać na błonę śluzową. Bardzo pomyślny wynik osiągnąłem w moim przypadku kilkakrotnem odpalaniem wszelkich narośli przez otwór stolcowy i przez sztuczny odbyt, wycieraniem błony śluzowej twardym tamponem, i wreszcie stosowaniem przez dłuższy czas przemywania rozczynem lapisu, coraz mocniejszym od $^1/_4{}^0/_{00}$ do $^1/_2{}^0/_{00}$.

Sztuczny odbyt jest zalecany, naturalnie, tylko w takim razie, jeśli go się wytwarza powyżej miejsca chorego. Sklifasowski w swoim przypadku zostawił sztuczny odbyt na stałe i w ten sposób umożliwił choremu zajmowanie się pracą. Brentano stosował wycięcie chorej kiszki sposobem Kraskego i osiągnął znaczną poprawę. Jeśli zaś polipowate zapalenie jest już zbyt daleko posunięte i nie może być mowy o wyleczeniu doszczętnem — Rotter, Holtmann i Quénu radzą stosować sztuczne połączenie, ażeby wyłączyć chorą kiszkę grubą, między dolnym odcinkiem kiszki cienkiej i górnym odbytnicy; w ten sposób otrzymywali przynajmniej chwilową poprawę stanu ogólnego.

Niestety, często wszelki zabieg chirurgiczny byłby bezcelowy — i trzeba się wtedy zatrzymać na środkach uspakajających i odkażających.

Nadmienić muszę, że w piśmiennictwie polskiem znalazłem tylko jedną wzmiankę o tem rzadkiem, lecz ciężkiem cierpieniu — w dyskusyi na posiedzeniu chirurgicznem dnia 11 lutego 1909 r. z powodu przedstawionego przez d-ra Wisznickiego przypadku 13-letniej dziewczynki z wielolicznymi gruczolakami prostnicy.

PIŚMIENNICTWO.

1. Dmochowski. Dyagnostyka anatomo-patologiczna. 1909.
2. Esmarch. Die Krankheiten des Mastdarmes u. des Afters. Deutsche Chirurgie. № 48.
3. Virchow. Die krankhaften Geschwuelste. 1863.
4. Luschka. Virchows Archiv B. O. 20.
5. Whitehead. Multiple adenoma of colon and rectum. British med. Journal. 1884.
6. Sklifasowski. Polyadenomata tractus intestinalis. 1881, № 4.
7. Handford. Disseminated polypi of the large intestine beoming malignant, strictures (malignant adenoma) of rectum and of the splenic flexure of the colon; secondary growths in the liver. Britisch med Journal. 1890.
8. Menetier. Polyadenomes gastriques et cancer de l'estomac. Le progres med. № 31.
9. Bayer. Ueber die Transformation von Schleimpolypen in boesartige Tumoren. Deutsche med. Wochenschrift. 1887.
10. Tochard. Note sur un cas de polypes papilliformes du rectum. Gazette des Hôpit. 54.
11. Port. Multiple Polypenbildung im Tractus intestinalis. Deutsche Zeitschrift fuer Chirurgie. B. 42.
12. Niemack. Intestinal polyposis and carcinoma. Annals of surgery, 1902 July.
13. Lockwood. Polypus of small intestine associated with intussusception. British med. Journal. 1892.
14. Guillet. Adenomes multiples du gros intestin. Mort. bull. de la soc. anat. 1888.
15. Geissler. Demonstration eines Praeparates von multiplen adenomatoesen Polypen des Dickdarmes. Zentrallblatt fuer Chirurgie. 1895 № 8.
16. Schwab. Ueber multiple Polypenwucherungen im Colon und Rectum. Beitraege zur klinischen Chirurgie. T. 18.
17. Lebert. Anatom. Pathologie. Vol. 11.
18. Rotter. Handbuch der practischen Chirurgie.
19. Rydygier. Kochersche Encyklopedie der gesammten Chirurgie.

20. Brentano. Polyposis recti et intestini crassi. Zentralblatt fuer Chirurgie. 1909, № 15, S. 539
21. Pink. Multiple Adenome im Mastdarm, als Ursache fuer Carcinom. Dissertation, Greifswald. 1894.
22. Hauser. Das Cylinderepithel—Carcinom des Magens u. des Dickdarms. Jena 1896.
23. Dalton. Multiple papillomata of the colon and rectum. Lancet. 1893.
24. Bickersteth. Multiple polipi of the rectum, occurring in a mother and child. St. Bartholomew's hosp. rep. 1890.
25. Dunn. Multiple polypi of rectum Tr. Path. soc. 1899/90.
26. Smith. Three cases of multiple polypi of the lower bowel occuring in one familly. St. Bartholomew's hosp. reports. 1887.
27. Sprawozdanie z posiedzenia chirurgicznego W. T. L. z dnia 11 lutego 1909 roku.

Z oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Przyczynek do kazuistyki wytworzenia przełyku z jelita czczego (L'oesophago-jejuno-gastrostomose Roux), oraz uwagi nad tą operacyą.

podał

A. CIECHOMSKI

ordynator oddziału.

(Podług wykładu na I Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie w d. 6, 7 i 8 paźdz. 1910 r.).

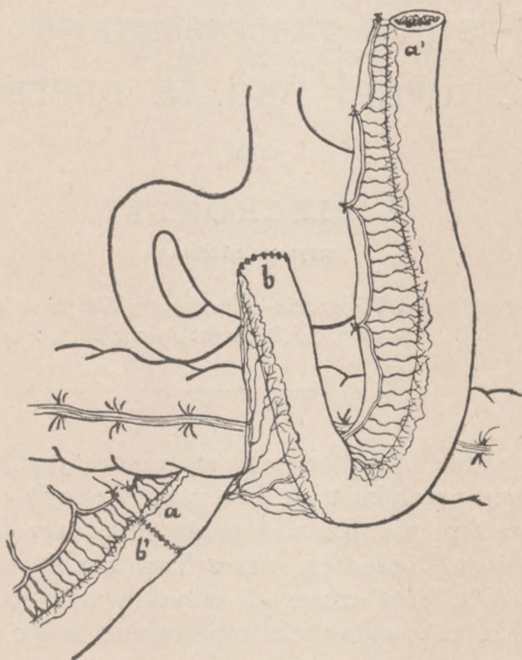
W przypadku niepokonanego za pomocą rozszerzań bliznowego zwężenia przełyku u dziecka prof. Roux *) z Lozanny powziął myśl zastąpienia przełyku przez jelito czcze, opierając się na ogłoszonej już przedtem przez Tavela z Bernu idei o wyłączeniu odcinka jelita czczego i zużytkowania go do utworzenia przetoki żołądkowej w celu zapewnienia sobie ruchu robaczkowego w nowoutworzonym kanale w kierunku żołądka.

Owo zastąpienie przełyku z następczą plastyką jego, jako pomysł Roux'a, niezmiernie trafny i pociągający, da się streścić w krótkości w następujący sposób: w odległości 50 ctm. od fałdy dwunastniczej wyłącza się odcinek jelita czczego długości 80 ctm., oczywiście — pozostawiając go na krezce; końce kiszki, a więc górny, bliższy dwunastnicy i dolny bliższy jelita krę-

---

*) Roux. L'oesophago-jejuno-gastrostomose, nouvelle operation pour rétrécissement infranchissable de l'oesophage. La Sem. médicale. № 4, an. 1907.

tego (ileum) spaja się ze sobą; na odcinku zaś wyłączonym podcina krezkę, poczynając od góry t. j. od końca bliższego dwunastnicy, w sposób właściwy, o czem będzie mowa niżej; po takiem uruchomieniu części odcinka tego na długości 50 ctm., wyprowadza koniec jego górny przez kanał, urobiony pod skórą na mostku i umocowuje go w otworze skórnym, zaraz pod obojczykiem lewym, dolny zaś koniec tego odcinka kiszkowego



Rys. 1.

wszywa się do otworu świeżo zrobionego na przedniej ścianie żołądka (Rys. 1), albo też do wylotu przetoki żołądkowej, o ile, rozumie się, przedtem była utworzona przetoka żołądkowa. Ranę brzuszną zeszywa się tylko częściowo, aby uniknąć tym sposobem uciśnięcia dopiero co wspomnianego odcinka kiszki. Na tem polega część 1-a postępowania, czyli właściwa operacya Roux'a. Część 2-a zabiegu polega na przecięciu przełyku, oraz przyszyciu jego odcinka górnego do wyprowadzonego pod oboj-

czyk odcinka kiszkowego; tym sposobem ciągłość nowego przełyku już osiągnięto, a ruchy robaczkowe w odcinku kiszkowym, zmierzające ku żołądkowi, niewątpliwie sprzyjają czynności kanału, jako nowego przełyku.

Zbyteczne jest dodawać, że część 2-a operacyi może być wykonana dopiero w jakiś czas po 1-ej, gdy rany albo zupełnie zagoiły się, albo też należycie podgoiły się, zarówno 1-a część operacyi nie może być wykonana wcześniej, niż w 2 miesiące po utworzeniu przetoki żołądkowej, jeżeli zabieg ten poprzedza operacyę Roux'a.

W pracy niniejszej wyłącznie będzie mowa o tej 1-ej części postępowania operacyjnego, bądź co bądź ważniejszej, niż 2-a, bo przedewszystkiem mającej na względzie ominięcie niedrożnego przełyku — tej istotnej przyczyny samej operacyi.

Jak wiadomo, dawniejsze usiłowania przedostania się do przełyku bezpośrednio przez śródpiersie tylne, jak to czynił Rohn, Faure *) i inni, nie zostały uwieńczone wynikami pomyślnymi. Nie mówiąc już o najeżonej znacznemi trudnościami drodze, samo przedostanie się do przełyku nie rozwiązywało sprawy; po usunięciu niewielkiej części przełyku można było jako tako dosięgnąć i spoić ze sobą odcinki, tymczasem w zwężeniach rozleglejszych powstawał tak duży brak w przełyku, że niepodobna było załatać go za pomocą plastyki, wreszcie w zwężeniach pierścieniowatych, usadowionych nieraz zdala od siebie w kilku miejscach, już istotnie nie mogło być mowy o skuteczności jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego przez śródpiersie tylne.

Co do śrópiersia przedniego, to Sauerbruch za pomocą swej kamery atakował wyłącznie dolną część przełyku zaraz nad wpustem na tyle tylko, aby można było dolny koniec przełyku, po usunięciu schorzałej jego części, ściągnąć ku dołowi i wgłobić w żołądek, lub też żołądek przesunąć ku górze ponad przeponą w celu połączenia go z pozostałą częścią przełyku. Rzecz oczywista, że tak ściśle postawione granice takiego zabiegu operacyjnego nie mogą zadosyć uczynić wielu przypadkom, w których właśnie zwężenie bliznowe znajduje się zdala od wpustu.

*) l. c. u Rydygiera, Gazeta lekarska, r.. 1909, № 49.

Bircher *) w r. 1894 powziął myśl stworzenia przełyku sztucznego ze skóry na klatce piersiowej. Za pomocą 2 cięć podłużnych, równoległych do siebie i poczynających się pod żuchwą, a kończących się u łuku żebrowego, wykrawał pasek skóry znacznie węższy, niż przestrzeń między linią środkową na mostku a linją sutkową lewą; po należytem oddzieleniu w obie strony skóry w obu ranach z paska skóry wytwarzał rurkę wysłaną wewnątrz naskórkiem i pokrywał ją za pomocą nasunięcia oddzielonej po obu bokach skóry. Rurkę tę po dostatecznem obgojeniu się wszywał u dołu w ścianę żołądka, u góry zaś miał zamiar łączyć ją z przełykiem.

Operacya powyższa, podjęta w 2 przypadkach raka przełyku, dała wynik niepomyślny, zanim zdołano doprowadzić ją do końca.

Wullstein **), po szeregu doświadczeń na zwierzętach, radził odcinek kiszki cienkiej prowadzić na zewnątrz klatki piersiowej i łączyć go na szyi z przeciętym i wyciągniętym nazewnątrz przełykiem. O ile mi wiadomo, zabieg ten u człowieka nie był zastosowany; bijące w oczy ujemne strony jego nie mogły, oczywiście, być zachętą do tego, wszakże doświadczenia te wykazały, że taki odcinek kiszki, odżywiany przez szypułę krezkową, zupełnie dobrze utrzymuje się przy życiu.

Dostateczne odżywianie wyłączonego odcinka jelita czczego po odpowiedniem nacięciu jego krezki jest, że się tak wyrażę, podwaliną operacyi Roux'a; na to odpowiednie nacięcie zwraca autor b. pilną uwagę, albowiem od tego zależy nieodzownie wynik operacyi.

Na drodze doświadczalnej pierwszy Rydygier zwrócił uwagę na szczególną wrażliwość jelita przeciętego oraz wykazał, że oddzielenie jelita od krezki nawet na małej przestrzeni wywołuje obumarcie ściany tegoż. Prawie równocześnie tą samą sprawą zajmował się i Madelung.

Na IX zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1899

---

*) Ein Beitrag zur plastischen Bildung eines neuen Oesophagus (Zentr. f. Chir. 1907. № 51, S. 1479).

**) Ueber antethorakale Oesophago-Jejunostomie und Operationen nach gleichem Prinzip. (Deut. med. Woch. 1904, № 20).

L. Kryński *) przedstawił wyniki swych badań doświadczalnych, które wykonał na psach w krakowskim zakładzie fizyologicznym. Doświadczenia te miały na celu dokładne oznaczenie granic, w których przecięcie krezki nie wywołuje jeszcze zaburzeń w odżywianiu ściany jelita, nie dających się wyrównać. K. przekonał się, że przecięcie krezki jest tem niebezpieczniejsze, im znajduje się bliżej jelita i odwrotnie, im dalej przecinamy ją od ściany kiszki, tem łatwiej możemy to wykonać na znacznej nawet długości bez obawy o udżywianie jelita.

Jeżeli, zatem, przeciąć naczynia wraz z krezką przynajmniej w odległości 3 ctm. od brzegu jelita, to można pozbawić bezkarnie krążenia bezpośredniego pętlę jelitową długości 25—32 ctm.; przekroczenie tej ostatniej długości zawsze pociągało za sobą częściowe obumarcie ściany.

Gdy zaś przecina się gałęzie poziome, tworzące łuki zaraz nad brzegiem jelita, to niebezpieczne jest już przejście ponad 6 ctm. długości.

Wreszcie jelito przecięte poprzecznie i oddzielone od krezki przy brzegu nawet na bardzo małej przestrzeni zawsze ulega zgorzeli, na co zresztą zwrócił już uwagę, jak wyżej wspomniano, Rydygier.

Wnioski Kryńskiego, a zwłaszcza pierwszy z nich, znalazły poparcie w badaniach późniejszych.

Przedewszystkiem zaś Roux przez swą operacyę wykazał, że kiszka u człowieka nawet większej długości, niż stwierdzono w doświadczeniach na zwierzętach, da się utrzymać przy życiu, jeżeli podetniemy jej krezkę w ten sposób, aby ocalały tak zwane łuki pierwotne, t. j. naczynia tętnicze, biorące początek swój z pierwszych rozgałęzień tętnicy krezkowej; wtedy bezkarnie możemy wyłączać duże odcinki krezki, bo wynoszące co najmniej 50 ctm., pozostawiając przy jelicie bezwzględnie tę część krezki, która zawiera owe łuki pierwotne.

W celu dokładniejszego ustalenia sprawy powyższej, Roux polecił jednej ze swych uczennic, rodaczce naszej, M. Kontowt **)

---

*) Przegląd lekarski № 35, r. 1899, str. 477.

**) M. Kontowt. De la distribution des artères dans la partie initiale du mésentère. Thèse. Université de Lausanne. 1907.

rozpatrzenie dokładne na trupach układu naczyń krwionośnych, a zwłaszcza tętnic w krezce jelita czczego. Z uwagi na donioSłe znaczenie układu tętniczego krezki w operacyi Roux'a, oraz w celu zaznajomienia czytelnika z różnemi postaciami tego układu, pozwolę sobie nieco obszerniej streścić pracę p. K., tembardziej, że większe nawet anatomie opisowe tylko dość pobieżnie mówią o tej sprawie.

Jelito czcze i kręte (jejunum et ileum) odżywia się za pomocą t. krezkowej górnej (a. mesaraica sup.), która zaczyna się na przedniej powierzchni aorty brzusznej o 1 lub 2 ctm. poniżej pnia trzewnego (truncus coeliacus). Przebieg śródkrezkowy tętnicy tej ma kształt łuku, wypukłością zwróconego na lewo, stąd biorą początek liczne gałęzie, czyli tętnice kiszkowe; od strony wklęsłej tego łuku biegną 3 tętnice okrężnicze prawe, z których górna łączy się całkowicie z pniem głównym t. krezkowej górnej.

Liczba gałęzi krezkowych waha się od 12 do 20. Objętość tętnic tych jest rozmaita, te, które wychodzą z początkowej części łuku krezkowego, są grubsze, aniżeli z końcowej. Biegną między 2 listkami krezki i po przebyciu 5 — 9 ctm. dla grubszych, i 2 — 5 ctm. dla cieńszych dzielą się; gałęzie podziału: jedna wstępująca, druga zstępująca, łącząc się z różnoimiennemi gałęziami tętnic sąsiednich, tworzą szereg łuków, wypukłością zwróconych ku kiszce.

Od łuków tych biegną nowe gałęzie bądź prostopadle ku górze, zwłaszcza w górnej części krezki, bądź tworzą nowe łuki w 2-ej, 3-ej, 4-ej i nawet 5-ej linii już nader wyjątkowo; największa liczba łuków przypada na dolną $^1/_3$ krezki, i zazwyczaj nie przenosi 3 linii.

Krezka górnej części jelita czczego ma unaczynienie nieco odmienne od reszty jelita cienkiego; podczas gdy objętość gałęzi pierwotnych zmniejsza się, natomiast powiększa się liczba łuków i ich pojemność. Szereg łuków dużych i prawidłowych tworzy jakby jedno wielkie naczynie, przebiegające równolegle do kiszki (później będziemy nazywali go łukiem pierwotnym). Z tego to naczynia, wzgl. łuku pierwotnego biorą początek naczynia proste (vasa recta), które odrazu biegną ku ścianie kiszki.

Odmianą dość częstą w krezce jelita czczego są łuki wtórne, wogóle bardzo cienkie i nieprawidłowe w porównaniu z poprzednimi; one nie tworzą jednego naczynia równoległego do łuku pierwotnego, jak to ma miejsce w dolnej części krezki, lecz są jakby wklinowane dorywczo pomiędzy naczynia proste.

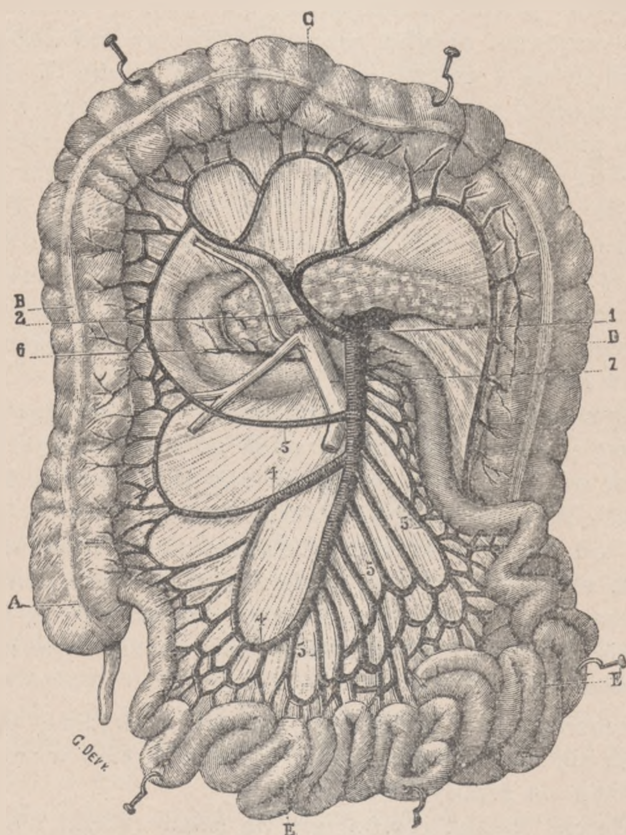
Naczynia proste, zbliżając się ku kiszce, zachowują się w sposób rozmaity: a) albo naczynie takie już pod samą ścianą jelita dzieli się na 2 gałęzie, które obejmują kiszkę; b) albo też, co bywa częściej, z łuku pierwotnego lub wtórnego wybiegają 2 naczynia proste, jedno zmierza ku przedniej powierzchni kiszki, drugie ku tylnej; c) wreszcie, naczynie proste na połowie drogi między łukiem i kiszką dzieli się na 2 gałęzie; d) osobliwość niezmiernie rzadką a zarazem zajmującą stanowi układ następujący: na łuku pierwotnym znajduje się mały łuk wtórny, z którego biegną naczynia proste ku przedniej powierzchni jelita, tymczasem ku tylnej biegną naczynia proste, poczynające się tylko z łuku pierwotnego.

Naczynia proste początkowej części jelita czczego są dłuższe i więcej prawidłowe, niż w innych odcinkach jelita, długość ich wynosi od 3 — 4 ctm., niekiedy sięgają 6 ctm. w krezkach b. długich. Wogóle długość naczyń prostych jest w zupełnej zależności od długości krezki. Odległość ich od siebie wynosi od $1^1/_2$—2, niekiedy 3 ctm. w okolicy górnej części jelita czczego, tymczasem w okolicy jelita krętego naczynia te są już cienkie, krótkie, i biegną nieprawidłowo, tak, że zaledwie zasługują na to miano. (Rys. 2).

Przechodząc do praktycznej strony powyższej pracy, K. zastanawia się nad następstwami rozdarcia krezki w rozmaitych odległościach od ściany kiszki.

Rozdarcie krezki, równoległe do ściany kiszki i bezpośrednio znajdujące się przy niej, grozi zgorzelą jelita daleko prędzej, aniżeli rozdarcie zdala od kiszki, albowiem w przypadku pierwszym wszystkie naczynia proste, doprowadzające krew do odpowiedniego odcinka jelita, są przerwane; tymczasem rozdarcia w pewnej odległości od ściany kiszki i nie pociągające za sobą zgorzeli kiszki są właśnie te, przy których ocalał łuk pierwotny, wówczas bowiem dopływ krwi przez naczynia proste nie ustaje nawet w miejscu, odpowiadającem rozdarciu krezki.

Odcinek kiszki, długości nie więcej, niż 9 ctm., oddzielony od swej krezki, może utrzymać się przy życiu, albowiem rozległość ta odpowiada długości łuku pierwotnego, zawartego po-



Rys. 2.

Rysunek, wzięty z „Traité d'Anatomie humaine" Testut'a, wykazuje rozmaity rozkład naczyń krezkowych w rozmaitych odcinkach jelit.

między 2 tętnicami kiszkowemi, co wynosi zwykle nie więcej, niż 6 — 9 ctm.

Zazwyczaj wszakże sprawy urazowe krezki są więcej roz-

ległe, nie szczędzą ani łuków pierwotnych, ani tętnic kiszkowych, i dlatego są tak niebezpieczne dla chorych.

Nawiązując pracę swą do wytwarzania przełyku z jelita sposobem Roux'a, K. zaznacza, że nawet b. długi odcinek kiszki może utrzymać się przy życiu, jeżeli podetniemy krezkę poniżej łuku pierwotnego, czyli t. z. naczynia równoległego, który to łuk będzie dalej zasilany przez najbliższą od podwiązanej tętnicę kiszkową.

Szczególniej właśnie nadaje się do takiego celu górna część kiszki cienkiej, z unaczynieniem krezki wielce dogodnem do takiego celu; te sprzyjające warunki układu krwionośnego dadzą się streścić w następujących punktach:

1) brak łuków wtórnych zupełny, albo też brak ich ciągłości lub niewielki ich wymiar;
2) długość, prawidłowość i objętość naczyń prostych;
3) obecność dużych wolnych przestrzeni między łukami;
4) wreszcie duży kaliber i ciągłość łuku pierwotnego (naczynia równoległego).

K. badała krezkę jelita czczego na 150 zwłokach; pomimo trudności w śledzeniu unaczynienia krezki na zwłokach przypuszcza, że 94,6% z liczby badanych przypadków nadawaćby się mogło do operacyi Roux'a.

Od roku 1907, t. j, od czasu ogłoszenia przez Roux'a omawianej tu operacyi, nie wiele dotąd przypadków podobnych mogłem znaleźć w dostępnem mi piśmiennictwie. Ponieważ sam sposób postępowania jest nowy i nader trafny, a przytem nastręcza pewne uwagi co do zmiany podanego pierwotnie postępowania, nie od rzeczy przeto będzie przytoczyć przypadki powyższe ze szczególnem uwzględnieniem techniki i wyniku operacyi.

Najwcześniej, o ile mogłem dociec, bo w 3 miesiące po ogłoszeniu przez Roux'a swej operacyi, wykonał zabieg ten prof. Rydygier *) we Lwowie. Szczegóły przypadku tego są następujące:

U 25-letniej kobiety w 2 lata po truciu się ługiem stwier-

---

*) Rydygier. O plastyce przełyku z opisem preparatu anatomicznego po operacyi Roux'a (Gazeta lekarska, № 49, r. 1909).

dzono zwężenie przełyku w odległości 27 ctm. od zębów siecznych tak potężne, że niepodobna było wprowadzić najcieńszego choćby zgłębnika w celu rozszerzenia zwężonego miejsca. Cierpieniu temu w zupełności odpowiadał wielki upadek odżywania ogólnego, nadto wykryto w lewym szczycie płucnym gruźlicę przewlekłą.

Niezwłocznie doc. Herman wytworzył przetokę żołądkową, a w 2 miesiące później, t. j. w kwietniu 1907 r. prof. Rydygier przystąpił do wytworzenia przełyku z jelita czczego, mianowicie do 1-ej części tego zabiegu; operacyę wykonał ściśle podług wskazówek Roux'a zarówno co do wymiarów odcinka wyłączonego jelita czczego, jak również co do umieszczenia odcinka tego przed poprzecznicą; kanał podskórny w celu przeciągnięcia kiszki urobiono na mostku, a wylot jego sięgał wcięcia jarzmowego; ranę brzuszną nieco tylko zmniejszono, pętla odcinka wyłączonego pozostała w ranie otwartej wolna i nieco sfałdowana.

Operacya trwała dość długo i stan chorej z powodu osłabienia ogólnego był b. ciężki, dzięki wszakże energicznemu pokrzepianiu chora wkrótce nieco odzyskała siły. W 5 tygodniu, gdy stan operowanej nie budził żadnych poważniejszych obaw, dostała zapalenia płuc, które, pomimo zastosowania wszelkich środków leczniczych, po kilku dniach wpędziło ją do grobu.

Oględziny pośmiertne stwierdziły powyższe zapalenie płuc, nadewszystko zaś wykazały trwały zrost wyłączonego jelita z żołądkiem, oraz brak zaciśnięcia lub zagięcia poprzecznicy przez otaczający ją odcinek kiszki cienkiej wraz z jego krezką. Zatem w przypadku pomienionym nader szczęśliwie wybrnięto z najważniejszej części operacyi i przekonano się, że odcinek jelita cienkiego doskonale może być czynny, jako przełyk; tylko wskutek choroby, niezależnie od operacyi, nie zdołano wykonać 2-ej części zabiegu, o wiele łatwiejszej, niż 1-a.

Rydygier jest więc zwolennikiem postępowania dwuczasowego co do samej operacyi Roux'a; zarazem w celu wzmocnienia chorego radzi uprzednio wykonywać przetokę żołądkową; daje wszakże pierwszeństwo przeprowadzaniu odcinka kiszki nie przed poprzecznicą, lecz poza nią, zatem przez duży otwór w krezce poprzecznicy i w więzie żołądkowo-okrężniczym (mesocolon transversum et lig. gastrocolicum), jak to wykonał z po-

myślnym skutkiem Herzen u człowieka, a Wullstein w doświadczeniach na zwierzętach.

Herzen *) całkowicie i z pomyślnym wynikiem wykonał operacyę Roux'a u 21-letniej kobiety w bliznowem zwężeniu przełyku w 6 miesięcy po oparzeniu kw. siarczanym. Zabieg cały z pewnemi zmianami, o których będzie mowa niżej, podzielił na 3 części. D. 10 września 1907 r. wykonał część 1-ą, mianowicie po podcięciu krezki jelita czczego na przestrzeni 28 ctm., co wymagało podwiązania 3 tętnic jelitowych, oraz po przecięciu krezki w miejscu najbliższem dwunastnicy, uwolniony odcinek jelita czczego wyprowadził ku szyi poza poprzecznicą, a więc przez otwór sztuczny w krezce poprzeczniczej i w więzie żołądkowo-okrężniczym, koniec zaś odśrodkowy przeciętego jelita czczego, t. j. bliższy dwunastnicy, spoił ze ścianą jelita czczego poniżej odcinka uwolnionego.

Drugą część operacyi uskutecznił w d. 4 paźdz. 1907 r., zatem z dolnej części odcinka uwolnionego, dobrze już obgojonego w jamie brzusznej i w kanale podskórnym, wyciął 20 ctm. jelita czczego w nadbrzuszu, koniec dośrodkowy jelita przeciętego, t. j. bliższy kątnicy biodrowej, zaszył całkowicie, odśrodkowy zaś, bliższy dwunastnicy wszył w przednią ścianę żołądka prawie pośrodku krzywizny małej. Wówczas drogę dla pokarmów wytknięto już przez żołądek.

Na 3-em posiedzeniu 17 listopada tegoż roku operacyę ukończono, mianowicie uruchomiono górną część kiszki w kanale podskórnym, koniec jej ucięto skośnie, przełyk przecięto tuż na początku zwężenia, a więc nad wcięciem jarzmowem, koniec dolny przełyku zaszyto całkowicie, na górnym zaś, w celu rozszerzenia światła, zrobiono nacięcie podłużne boczne. Odcinek kiszki z dawnym przełykiem spojono skośnie. Po 8 dniach na miejscu szwu powstała przetoka, która po wprowadzeniu zgłębnika żołądkowego w ciągu 3 tygodni zagoiła się. W 4 tygodnie po ostatniej operacyi nowy przełyk działał już doskonale, a ruch robaczkowy odcinka kiszki, widoczny przez skórę, znakomicie sprzyjał przesuwaniu się pokarmów ku żołądkowi.

*) Eine Modifikation der Roux'schen Oesophago-jejuno-gastrostomie. (Zentr. f. Chir. 1908, № 8, S. 219).

Operacyę powyższą, jak dopiero co widzieliśmy, wykonał Herzen z pewnemi odmianami; odmiany te nasunął mu przypadek raka przełyku, operowany wcześniej i ściśle podług wskazówek Roux'a, a zakończony niepomyślnie. Podług Herzena, ujemne strony metody Roux'a są następujące:

1) trudna technika i długie trwanie operacyi;
2) zbyt rozległe przecięcie krezki;
3) niedostateczne krążenie krwi w odcinku wyłączonym;
4) możliwość skręcenia szypuły krezki;
5) nakoniec — ucisk poprzecznicy.

W myśl tego poleca wykonywać całą operacyę nie na 2, lecz na 3 posiedzeniach, zatem, najprzód przeprowadza jelito ku szyi, na 2-m posiedzeniu wszczepia je w żołądek, wreszcie na 3-m łączy kiszkę z przełykiem. Tym sposobem 1-ą część operacyi Roux'a zbyt długą i ciężką dla wycieńczonego chorego skraca co najmniej o połowę, wykonywa ją bowiem na 2 posiedzeniach.

Nadewszystko zaś postępowanie Herzena w akcie 1-m ma tę wyższość w porównaniu z metodą Roux'a, że odcinek jelita czczego, przeprowadzony ku szyi, odżywia się nie za pomocą cienkiej szypuły krezkowej, zwykle dość napiętej i niekiedy skręconej, lecz czerpie odżywianie swe ze znacznej części wolnej krezki jelita czczego, z jej licznych łączących się ze sobą naczyń krwionośnych. W tym razie utrzymanie się przy życiu odcinka przeprowadzonego pod skórą w warunkach niezbyt pomyślnych zdaje się być daleko pewniejsze.

Dzięki przeprowadzeniu odcinka kiszki przez krezkę poprzecznicą i wiąz żołądkowookrężniczy przecięcie krezki jelita czczego musi być krótsze, a co za tem idzie — szypuła odżywiająca odcinek krezki jest szersza; skoro odcinek ten znajduje się przy żołądku, późniejsze wszczepienie dolnej jego części do żołądka może być wykonane bez podcinania krezki; albowiem po przecięciu poprzecznem jelita w tem miejscu pozostaje jeszcze nadmiar z dolnej części odcinka kiszki — teraz już całkowicie wyłączonego; nadmiar ten, długości około 20 ctm., po oględnem oddzieleniu krezki od ściany jelita należy zupełnie wyciąć, koniec kiszki wyłączonej, a więc bliższy dwunastnicy, wszywa się do żołądka, drugi zaś z przeciętego jelita czczego bliższy jelita biodrowego zaszywa się całkowicie.

Z powyższego widać, że podczas aktu 2-go postępowanie Herzena nie podkopuje bynajmniej ustalonego już odżywiania odcinka wyłączonego, nadto powstaje droga do żołądka prostsza i krótsza, aniżeli po zastosowaniu metody Roux'a, wreszcie — czynność poprzecznicy, pozbawionej wszelkiego ucisku, odbywa się prawidłowo.

Oto są szczegóły postępowania Herzena w zestawieniu z metodą Roux'a. Jeżeli zbyt obszernie przedstawiłem różnicę tę, to jedynie dla tego, aby wykazać, że H. oparł zmiany proponowane przez siebie na zupełnie słusznych zasadach; zrażony niepowodzeniem w przypadku raka przełyku, zastosował modyfikacyę powyższą w przypadku 2-im w zwężeniu bliznowem.

Z pomienionych zmian najwięcej trafia mi do przekonania to niezawodne zapewnienie sobie dostatecznego odżywiania odcinka kiszki, wyprowadzonego pod szyję, dzięki pozostawieniu go na szerokiej podstawie krezkowej.

W związku z tem postępowanie trzyczasowe, zwłaszcza podział długiej i mozolnej 1-ej części operacyi Roux'a na 2 posiedzenia, ma wyższość niezaprzeczoną.

W miarę powiększania się liczby przypadków, operowanych metodą Roux'a z tą lub inną odmianą, przybędą, prawdopodobnie nowe, być może lepsze uwagi co do samego postępowania, tymczasem pożądać należy, aby każdy nowy przypadek znalazł się w piśmiennictwie lekarskiem gwoli zwiększaniu się doświadczenia naszego.

Bądź co bądz, rak przełyku w zupełności nie nadaje się do operacyi Roux'a. Chory wycieńczony długotrwałem zazwyczaj głodzeniem się, oraz zrujnowany na zdrowiu przez nowotwór złośliwy, nie może znieść tak ciężkiego zabiegu operacyjnego. Nic dziwnego przeto, że nawet tak znakomity wykonawca, jak Kocher, a po nim Lambotte i Gramse mieli wynik niepomyślny po operacyi Roux'a w raku przełyku.

Zresztą i w zwężeniu bliznowem nieodzowny jest dobór odpowiednich przypadków, wtedy dopiero powodzenie omawianej operacyi może być zapewnione.

Przechodzę do opisu przypadku, spostrzeganego przezemnie.

W. Rz. l. 22, kucharz, przed 8 laty napił się ługu; skoro minęły pierwsze objawy oparzenia jamy ustnej, gardzieli i przełyku, czuł się dość dobrze i połykał nawet gęste pokarmy znośnie; z biegiem czasu atoli pomimo wielu wysiłków leczniczych połykanie stało się trudniejszem, wreszcie prawie zupełnie niemożliwe do tego stopnia, że w celu uniknięcia śmierci głodowej musiał poddać się w 2 lata po wypadku wytworzeniu przetoki żołądkowej, którą to operacyę wykonał ś. p. W. Krajewski Po operacyi i następczem rozszerzaniu przełyku poprawił się szybko, utył i czuł się b. dobrze przy wadze ciała 180 funtów. Po roku wszakże obok rurki gumowej, wystającej z żołądka, zaczęła wydzielać się zawartość żołądka, nadto dość często bywały wymioty o zabarwieniu ciemnobronzowem, niekiedy czarnem.

Prawie w 14 miesięcy po 1-ej operacyi ś. p. M. Korzeniowski wykonał zabieg ponowny, polegający na zwężeniu przetoki żołądkowej; po 3 tyg. pacyent opuścił szpital z zupełną poprawą, i ważył wówczas około 170 fun.

Do 1907 r., a więc przez 2 lata, czuł się dobrze; po upływie jednak tego czasu wymioty ponowiły się, a zawartość żołądka znowu zaczęła wydobywać się z niego obok sączka. Wtedy w Poznaniu Dr Knoll wykonał 3 operacyę, po której wymioty ustały, wszakże rurka nie zamykała jeszcze należycie przetoki żołądkowej. Po kilku dniach Prof. Jaffe zmuszony był wykonać 4-ą operacyę, poczem zawartość żołądka nie przedostawała się obok rurki nazewnątrz, natomiast stan ogólny chorego znacznie pogorszył się; od tego czasu do obecnej chwili nigdy już nie poprawił się w tym stopniu, jak to było przed 2-ą operacyą, gdy ważył prawie 200 funtów.

Przed 4-ma miesiącami znowu zawartość żołądka zaczęła wylewać się obok sączka. W szpitalu Dz. Jezus wówczas stwierdzono, że wylot przetoki przepuszcza 1½ palca, skóra na ścianie brzusznej dokoła przetoki zżarta; pacyent przełyka z trudnością płyny, najcieńszy zgłębnik nie przedostaje się do żołądka; waga ciała wynosi 50,5 kilo; na operacyę nie zgodził się.

Powtórnie przybył do szpitala w d. 9 czerwca 1910 r. w stanie ogólnym nie gorszym, niż poprzednio, lecz znękany ustawicznem wylewaniem się zawartości żołądka obok rurki. Rurka ta o średnicy 2 ctm. wchodzi do żołądka na odległość 6—8 ctm. od wylotu przetoki; palcem wejść można do żołądka przez kanał, długości około 3 ctm., odźwiernika przytem nie dosięga się, na śluzówce zmian wyraźnych nie czuć. Najcieńszy zgłębnik zatrzymuje się w przełyku na wysokości dolnej trzeciej jego długości. Pacyent niekiedy przełyka niewielką ilość wody lub mleka, zresztą odżywia się wyłącznie przez przetokę napozór dostatecznie. W wierzchołku płuca prawego stwierdzono oddech wydłużony, kaszel niewielki, stan bezgorączkowy.

W d. 23 kwietnia 1910 r., po uprzedniem przygotowaniu chorego w wigilię dnia tego, przystąpiłem do operacyi w uśpieniu morfinowochloroformowem, a przed rozpoczęciem jej przemyto należycie żołądek przez przetokę rozczynem fizyologicznym soli. Przedewszystkiem zaszyto prowizorycznie przetokę, i okrojono bliznę dokoła jej wylotu; w tem miejscu przedostanie się do jamy otrzewnej nie było łatwe z uwagi na rozległe i po-

tężne zrosty; w celu odsłonięcia ściany żołądka należało po uprzedniem podwiązaniu przeciąć sieć, rozpostartą na przedniej ścianie narządu, mimo całkowitego uwolnienia przetoki i po części żołądka, niepodobna było choć trochę wydobyć go na zewnątrz: oczywiście, stały tu na przeszkodzie zrosty, jak również fałda na ścianie górnej żołądka, mocno ze sobą zrośnięta, jako pozostałość po którejś operacyi. Po zaciśnięciu żołądka za pomocą zaciskadła kiszkowego Doyena w miejscu zwężonem, odpowiadającem dawnej przetoce, przedłużono cięcie powłok brzusznych ku dołowi do pępka, uniesiono poprzecznicę ku górze, wnet odszukano jelito czcze i w odległości 50 ctm. od fałdy dwunastniczej przecięto je między dwoma zaciskadłami, a końce starannie owinięto gazą w celu zabezpieczenia otrzewnej. Posuwając się ku dołowi od powyższego przecięcia po jelicie czczem i w odległości 80 ctm. od niego po raz drugi przecięto jelito czcze między dwoma zaciskadłami kiszkowymi i końce podobnież osłonięto gazą.

Wówczas mieliśmy już wyłączoną część jelita czczego, długości 80 ctm., trzymającą się na krezce oraz 2 końce jelita czczego, a więc dośrodkowy, bliższy dwunastnicy i odśrodkowy, bliższy jelita biodrowego; oba końce te spojono ze sobą szwem 3-piętrowym, spojenie to odbyło się łatwo, a to przez doprowadzenie końca dośrodkowego ku odśrodkowemu, jako rozpostartego na dłuższej i podatniejszej krezce, niż odśrodkowy, któremu zabrano znaczną część krezki dla pętli wyłączonej.

Powracając do jelita wyłączonego i poczynając od jego końca dośrodkowego, a więc bliższego dwunastnicy, przystąpiono do podcinania jego krezki w celu uruchomienia 50 ctm. z pętlicy wyłączonej, mającej, jak wspomniano wyżej, 80 ctm. długości; postępowanie to wykonano z jaknajwiększą oględnością, bacząc pilnie, aby, podcinając, nie zraniono naczyń arkadowych głównych i arkadowych wtórnych, z których, jak wiadomo, biorą również początek naczynia prostopadłe, bezpośrednio łączące się ze ścianą kiszki; podczas czynności tej przekonano się, że krezka pętlicy wyłączonej była do tego stopnia wązka, że przecięcie jej wypadło prawie u samej jej podstawy, oraz że uruchomienie 50 ctm. jelita wyłączonego nie wystarczało zupełnie do wyprowadzenia podciętego końca ku obojczykowi lewemu; należało zatem podciąć krezkę dalej, tembardziej jeszcze, że uruchomiona część jelita wyłączonego wciąż miała kierunek łukowaty, a to wskutek pozostawienia przy kiszce znacznej części z całej szerokości krezki; ostatecznie po uruchomieniu dostatecznej części jelita wyłączonego przekonano się, że całe odżywianie jego opiera się jedynie na pozostałem z całej tej krezki pasmie, szerokości nie więcej, niż 2 — 3 ctm., jakkolwiek zaopatrzonem w dość grube naczynia krwionośne. Na razie więc odżywianie pętli wyłączonej, a wraz z nią odcinka uruchomionego nie pozostawiało nic do życzenia.

Teraz dopiero przystąpiono do przyszycia końca odprowadzającego z pętlicy wyłączonej do żołądka, t. j. tego końca, przy którym pozostała jeszcze mała część krezki; w tym celu odcięto przedewszystkiem ponad zaciskadłem część żołądka w obrębie dawnej przetoki i do otworu tego wpuszczono dopiero co wspomniany koniec jelita wyłączonego; spojenie to

szwem 3-piętrowym nastręczyło wiele trudności z uwagi na rozległe zmiany w ścianie żołądka po tylu poprzednich operacyach, jak również z uwagi na głębokie wciągnięcie pod przeponę dosć już skurczonego żołądka; w danym przypadku ta część operacyi była najmozolniejsza, i trwała przez to dość długo. Poprzednie spojenie końców jelita czczego, oczywiście, znalazło się teraz na przedniej ścianie żołądka, niedaleko przyszycia do niego kiszki wyłączonej.

W celu wykonania ostatniego aktu operacyi powyższej, za pomocą zakrzywionego długiego zaciskadła urobiono pod skórą nieco na lewo od mostka i poczynając od łuku żebrowego—kanał, któremu wylot górny dano w okolicy stawu mostkowoobojczykowego lewego, koniec dośrodkowy t. j. bliższy dwunastnicy uruchomionej części jelita wyłączonego, dostatecznie zabezpieczony, przeciągnięto przez ten kanał, a wyprowadzony koniec kiszki umocowano w wylocie górnym kilku szwami; przez tę nową drogę wprowadzono do żołądka gruby zgłębnik w celu odżywiania chorego. Ranę brzuszną zaszyto tylko częściowo, unikając przytem najmniejszego choćby ucisku pętlicy wyłączonej; pomiędzy otrzewną brzegów rany, a ścianę wysuniętych tu trzew wprowadzono paski gazy wioformowej. Chory zniósł operacyę dość dobrze, pomimo, że trwała ona około 4 godzin, w ciągu tego czasu wprowadzono mu pod skórę litr rozczynu fizyologicznego soli.

Nazajutrz po operacyi ciepłota prawidłowa, tętno 120, małe, kończyny chłodne; wymioty z domieszką krwi i żółci. Po przepłukaniu żołądka, wymioty uspokoiły się i nastąpiła duża ulga. Wstrzykiwania pod skórę kamfory stale co 2 godziny.

D. 25 czerwca. Noc lepsza, niż poprzednia, wymioty nad ranem, tętno i ciepłota bez zmiany; po południu odeszły pierwsze wiatry; chory pije potrosze wodę i herbatę. Płukanie żołądka 2 razy dziennie. Wstrzykiwanie kamfory.

D. 26 czerwca. Stan bezgorączkowy, tętno 108 wyraźnie pełniejsze, kończyny ciepłe, język wilgotny, brzuch nieduży, wiatry odchodzą żwawo, zwłaszcza po lawatywie kroplowej. Podczas opatrunku na pętlicy wyłączonej i wypuklającej się w ranie widać dwa miejsca zgorzelinowe, jedno wielkości 2 ctm. w średnicy, drugie $1\frac{1}{2}$ ctm., również wystający koniec kiszki w ranie pod obojczykiem po części obumarł. Chory odżywia się przez zgłębnik dostatecznie.

D. 27 i 28 czerwca. Stan ogólny bez zmiany, postępowanie jak poprzednio. Podczas opatrunku zauważono, że zgorzel kiszki wyłączonej nieco obszerniejsza, niż przedtem.

D. 29 czerwca. Ciepłota rano 38^0, tętno 112, chwilami bóle w brzuchu, zresztą stan ogólny niezły. Płukanie żołądka, jak poprzednio.

D. 30 czerwca. Znaczne pogorszenie stanu ogólnego, tętno ledwie wyczuwalne, kończyny zimne, rysy twarzy zaostrzyły się, język suchy. Skóra na klatce piersiowej na przebiegu sączka po części obumarła, powierzchnia zgorzelinowa na kiszce wyłączonej powiększyła się. Wśród objawów szybko posuwającego się zapalenia otrzewnej, stąd — zapaści, zmarł tegoż dnia przed wieczorem, a więc na początku 8-ej doby po operacyi.

Oględziny pośmiertne wykazały zmiany następujące: na klatce piersiowej na przebiegu zgłębnika żołądkowego widać poczynającą się zgorzel skóry w kształcie podłużnego paska; po rozcięciu jej stwierdzono, że odcinek kiszki wyłączonej, przewleczony pod skórą, obumarł zupełnie na całej swej długości, zgorzel posunęła się stąd po ścianie kiszki aż do miejsca zespolenia z żołądkiem, tu nastąpiło częściowe rozklejenie się brzegów rany i, co za tem idzie, przedziurawienie, które stało się znowu źródłem ropnego rozlanego zapalenia otrzewnej; spojenie odcinków jelita czczego ze sobą trzyma się dobrze, część krezki, przez którą odbywało się całe odżywianie wyłączonej kiszki, wygląda jako krótkie, mocno napięte pasmo szerokości nie więcej, niż 2 ctm., stąd krezka ta zagina się na prawo pod kątem ostrym i zmierza ku dolnej pętli jelita cienkiego.

W otrzewnej, jak wspomniano wyżej, rozlane ropne zapalenie. W żołądku brak zmian wyraźniejszych na śluzówce, sam narząd ten mały, skurczony, odźwiernik zupełnie drożny. W przełyku na granicy dolnej jego trzeciej częścj ze środkową twarda skurczona blizna długości 1 ctm., obejmująca cały obwód w tem miejscu śluzówki i zamykająca prawie całkowicie światło przełyku; ku dołowi i ku górze od blizny śluzówka prawidłowa, a światło przełyku najwidoczniej niezmienione.

Oba płuca mocno zrośnięte z opłucną ścienną, w wierzchołkach rozległe zmiany gruźlicze niedawnego jeszcze pochodzenia; na przekroju widać masy serowate obok blizn, powstałych po wygaśnięciu ognisk gruźliczych.

Serce nieco powiększone, a nadewszystko wiotkie. Na wątrobie widać dość rozległe blizny, oraz potężne zrosty z odźwiernikową częścią żołądka. W innych narządach zmian wybitnych nie swierdzono.

Zatem bezpośrednią przyczyną śmierci było rozlane zapalenie otrzewnej ropne, jako następstwo dziury na miejscu zespolenia odśrodkowego końca wyłączonej kiszki z żołądkiem. Przedziurawienie to powstało, oczywiście, wskutek niedostatecznego odżywiania pętlicy wyłączonej przez pozostałą przy niej krezkę.

Przypadek powyższy nasuwa pewne uwagi co do zastosowania sposobu tego w poszczególnych razach, jak również co do samego wykonania zabiegu operacyjnego zgodnie ze wskazówkami Roux'a. Przedewszystkiem objaśnić muszę, dlaczego w danym przypadku zastosowałem opisany przed chwilą zabieg, i dlaczego postępowanie takie uważałem za najsłuszniejsze i prawie nieodzowne.

Jakkolwiek już w r. 1902 w pracy swej *), opartej na kilku spostrzeganych i operowanych przez siebie przypadkach, jak

*) Ciechomski. Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku, „Gazeta lekarska" r. 1902, № 25, str. 613.

również na szeregu prac innych autorów starałem się dowieść, że w zwężeniach bliznowych przełyku za pomocą mozolnego i długiego rozszerzania od dołu przez przetokę żołądkową można osiągnąć wynik dobry, niekiedy najzupełniej doskonały, mimo to jednak w danym przypadku odrazu zaniechałem zamiaru tego po kilku próbach rozszerzenia przełyku od dołu i z góry już wówczas, gdy pacyent po raz pierwszy był pod moją opieką w szpitalu, i gdy nie zgodził się zupełnie na zabieg krwawy.

Już z wywiadów przekonaliśmy się, że pierwsza operacya, podjęta przed 6 laty, miała na celu nie tylko uratowanie chorego od śmierci głodowej, lecz i systematyczne rozszerzanie przełyku z góry i z dołu. Skoro wszakże po znakomitej poprawie stanu ogólnego po roku zaczęła wydzielać się obok rurki treść żołądkowa, a na domiar złego rurka gumowa zrobiła odleżynę na śluzówce żołądka, czego dowodem były wymioty krwawe, powstała nieodzowna potrzeba ponownego zabiegu.

Trzecia i czwarta operacya, podjęta również z powodu wylewania się zawartości żołądka nazewnątrz obok rurki, polegały prawdopodobnie na zwężeniu przetoki, oraz na wytworzeniu z przedniej ściany żołądka możliwie długiego kanału ponad przetoką, a więc na wykonaniu dopełnienia do przetoki żołądkowej według metody Witzela lub Kadera, co zresztą, jak widzieliśmy później, pozostało bez należytego skutku na czas dłuższy.

Być może, że kanał taki nie tworzył się dostatecznie na zbliznowaciałej po tylu zabiegach ścianie żołądka i, co jest wielce prawdopodobne, że żołądek kurczył się ustawicznie wskutek stałego prawie wylewania się zeń zawartości, tym sposobem otwór przetoki znajdował się nie w najwyższem, lecz w najniższem miejscu na przedniej ścianie żołądka.

Szczegóły powyższe odrazu zniechęciły mię do powtórzenia poprzednich zabiegów w tej lub innej odmianie, a mających na celu poprawienie przetoki, natomiast zwróciłem uwagę swoją na operacyę doszczętną, a taką wydało mi się wytworzenie przełyku z jelita czczego Roux'a, zwłaszcza, że zachęcały do niej nader pomyślny wynik w przypadku, ogłoszonym przez Herzena, oraz szczęśliwie przeprowadzone przez 1-y nader ciężki etap — spostrzeżenie prof. L. Rydygiera.

W danym wszakże przypadku, pomimo postępowania zupełnie zgodnego z opisem prof. Roux'a oraz powtórzonego przez prof. Rydygiera, natrafiono na warunki zgoła niepomyślne, utrudniające wykonanie operacyi i, być może, zawczasu przesądzające jej los.

Owe warunki niepomyślne były następujące:

a) rozległe bliznowe zmiany na przedniej ścianie żołądka oraz szeroki i mocny przyrost do niej sieci;
b) dość duża fałda na górnej ścianie żołądka, nierozerwalnie spojona, jako pozostałość po jednej z poprzednich operacyi;
c) skurczenie się oraz wciągnięcie się żołądka pod przeponę do tego stopnia, że niepodobna było wydobyć go na zewnątrz, i wreszcie, co najważniejsza
d) niezwykła wązkość krezki w wymiarze jej podłużnym, a więc prostopadłym do podłużnej osi kiszki.

Ta krótkość krezki, jak zobaczymy zaraz, stała się jednym z powodów niewystarczającego odżywiania jelita wyłączonego, co łącznie z unieruchomieniem i uniesieniem ku górze żołądka jeszcze więcej utrudniło warunki krążenia w odcinku wyłączonym.

Skoro bowiem zaczęto podcinać krezkę jelita wyłączonego, postępując jaknaściślej podług podanych na początku tej pracy wskazówek, już wkrótce przekonano się, że łuki pierwotne tętnicze przebiegają b. blizko podstawy krezki, zatem podwiązki dośrodkowe należało nakładać w obrębie kolumn naczyniowych, t. j. tych pierwszych rozgałęzień tętnic krezkowych, zarazem pilnie baczyć należało, aby jaknajmniej tych kolumn uległo przecięciu, tymczasem już po odcięciu w ten sposób nawet z nadmiarem 50 ctm. jelita wyłączonego przekonano się, że nie wystarcza ono do wyprowadzenia na wysokość obojczyka, oraz że pomimo należytego pociągania kiszka nie wyprostowuje się dostatecznie, lecz wciąż ma kierunek łukowaty; po ponownem przymierzaniu, oczywiście, należało jeszcze dwukrotnie podciąć krezkę, aby jako tako dociągnąć koniec górny kiszki wyłączonej do obojczyka; chociaż w tem dalszem podcinaniu krezki ocalały niewątpliwie łuki tętnicze pierwotne, wszakże musiało paść ofiarą dość grube naczynie kolumnowe, co oczywiście wpłynęło na upośledzenie odżywiania jelita; zatem z ca-

łej krezki odcinka kiszki wyłączonego pozostał niezmiernie wązki pasek, zawierający, co prawda, pierwsze rozgałęzienia tętnic krezkowych, lecz najwidoczniej niedostateczny do odżywiania długiego odcinka kiszki przesuniętej, bądź co bądź, w dość ciasnym kanale. Jeżeli do tego dodamy jeszcze dość mocne przegięcie owego paska krezki na przebiegającej pod nim poprzecznicy, oraz potężne napięcie jego po przyszyciu dolnego końca kiszki wyłączonej do żołądka nieruchomego i wysoko ustawionego, wówczas staje się oczywiste, dlaczego już w ciągu pierwszych dni po operacyi spostrzeżono stopniowe obumieranie górnego końca jelita wyłączonego.

Bądź co bądź, wśród przytoczonych tu warunków, dla operacyi zgoła niepomyślnych, owa wązkość krezki powinna być poczytana, jako najpoważniejszy powód zejścia niepomyślnego w danym przypadku.

Anatomia*) opisowa poucza, że krezka jelitowa ma kształt trójkąta, na wierzchołku swym obciętego; wierzchołek ten, inaczej korzeń krezki, odpowiada linii urojonej, poczynającej się od strony przedniej 3-go kręgu lędźwiowego, i sięgającej spojenia krzyżowobiodrowego prawego; długość linii tej wynosi 15 ctm., tymczasem podstawa trójkąta wzgl. krezki szeroka i sfałdowana przyczepia się do zmarszczonego brzegu kiszki cienkiej, która ma 8—9 metrów długości. Podług Poiriera**) długość podstawy krezki wynosi 4—5 metrów, a największa szerokość krezki, t. j. linia prostopadła do osi kiszki, nie przekracza 15 ctm.

Jakkolwiek krezka, jako zdwojenie błony surowiczej, stanowi narząd stały, w którym przebiegają naczynia krwionośne i chłonne, oraz znajdują się gruczoły chłonne i pewna ilość tkanki tłuszczowej, mimo to wszelkie wymiary powyższe, a zwłaszcza szerokość krezki oraz długość jej podstawy ulegają pewnym wahaniom nietylko w stanach chorobowych, ale i w prawidłowych.

Dzięki sprężystości tkanek, z których składa się krezka, szerokość jej jest większa np. w opadnięciu trzew (enteropto-

*) Hirszfeld. Anatomia. T. II, część 2, str. 87.
**) Poirier, Charpy, Cunéo. Abrégé d'anatomie. T. III, p. 1270.

sis), i niechybnie mniejsza wobec małego napełnienia jelit wskutek długotrwałego głodzenia; zarówno podatność krezki prawidłowej jest większa u dziecka, niż u dorosłego.

W celu stwierdzenia słuszności powyższych przypuszczeń wykonałem szereg badań na trupach, i przekonałem się, że szerokość krezki jelita cienkiego u dorosłego człowieka wykazuje dość znaczne różnice, tak np. w odległości 30 ctm. od fałdy dwunastniczoczczej szerokość krezki wynosiła średnio około 12 ctm., tymczasem w odległości 80 ctm. szerokość wynosiła 14 — 15 ctm., podobny stosunek zachodził i co do sieci naczyniowej, zawartej w krezce, mianowicie szerokość jej, innemi słowy odległość łuku pierwotnego od ściany kiszki, wynosiła w 1-m razie średnio 6 ctm., w 2-m zaś 7—8 ctm. O ile krezka jest węższa i mniej podatna czy to w stanie prawidłowym, czy też wskutek skurczenia się chorobowego, o tyle więcej nastręcza się trudności podczas wyłączania odpowiedniego odcinka kiszki.

Skoro bowiem łuki tętnicze pierwotne znajdują się blizko korzenia krezki, to podczas podcinania jej linia przecięcia musi wytworzyć mocno zgięty łuk, wypukłością swą zwrócony ku kiszce, sama zaś kiszka, przytrzymywana przez pozostałą przy niej łukowato zciągniętą część krezki, żadną miarą nie da się należycie wyprostować i przez to samo musi dużo tracić na swej długości, dopóki nie zostanie doprowadzona do pożądanej wysokości.

Zatem wymiary, podane przez Roux'a dla odcinka wyłączonego, nie mogą być wystarczające w każdym przypadku; sądzę więc, że o wiele słuszniej jest nie wyłączać odcinka kiszki na wstępie operacyi, lecz po 1-m przecięciu jelita czczego podcinać krezkę kiszki odprowadzającej i przymierzać jelito dopóty, dopóki nie dosięgnie ono obojczyka; dopiero wówczas wyłączyć kiszkę za pomocą 2-go przecięcia poprzecznego niedaleko końca naciętej krezki. Powracając jeszcze do przedniej wielce zmienionej ściany żołądka, wzgl. do wylotu przetoki, którą spojono z dolnym końcem odcinka wyłączonego, oczywiście w warunkach nader niepomyślnych i wielce mozolnych dla wykonania powyższego przyszycia, to rodzi się pytanie, czy nie byłoby korzystniej albo zamknąć przetokę całkowicie, a dolny koniec odcinka wyłączonego wszyć w otwór nowy, który

należałoby zrobić na przedniej ścianie żołądka powyżej przetoki, albo też czy nie lepiej byłoby w danym razie zużytkować przetokę, jako otwór gastroenterostomijny, zatem wszyć weń koniec odprowadzający jelita czczego, z nim zaś spoić koniec doprowadzający, słowem po oddzieleniu odcinka jelita dla zastąpienia przełyku zamiast spajać oba końce kiszki ze sobą zużytkować je do gastroenterostomii według sposobu Roux'a.

Co do 1-go, to w danym przypadku i taki zabieg byłby dość trudny z uwagi na rozległe zmiany na przedniej ścianie żołądka, jak również z uwagi na mocne wciągnięcie żołądka ku górze, w tym razie przyszycie dolnego końca odcinka wyłączonego do mało zmienionej, a więc dobrze odżywianej ściany żołądka, byłoby korzystniejsze, natomiast przesunięcie jeszcze wyżej tegoż dolnego końca odcinka wyłączonego ku nowemu otworowi niewątpliwie upośledziłoby jeszcze więcej krążenie w tym odcinku, o czem niedawno była mowa.

Rzecz oczywista, że wytworzenie przełyku podług podanego tu sposobu podjęte w okresie wczesnym, a więc niezadługo po wykonaniu przetoki żołądkowej, jak to uczynił Rydygier, lub bezpośrednio po wystąpieniu objawów zwężenia przełyku, jak zaleca Roux — ma wówczas większe widoki powodzenia, aniżeli wtedy, gdy nastąpiły już pewne większe lub mniejsze zmiany w samym żołądku i jego ścianie przedniej.

Co się tyczy drugiego pytania, to wykonanie zespolenia żołądka z kiszką mogłoby być dość słuszne z uwagi na zupełnie prawidłowe krążenie w obu końcach kiszki czczej, t. j. 1-ym bliższym dwunastnicy i 2-im bliższym kątnicy, jako posiadających własną niezmienioną krezkę; nawet zespolenie żołądka z jelitem byłoby najzupełniej wskazane, gdybyśmy posiadali pewne dane co do zwężenia odźwiernika, które, jak wiemy, często towarzyszy zwężeniom bliznowym przełyku, powstałym na skutek oparzeń; w opisywanym przypadku przypuszczenie takie nie byłoby bezzasadne z uwagi na stałe wylewanie się zawartości żołądka obok rurki. Podczas operacyi niepodobna było dosięgnąć palcem odźwiernika, a oględziny pośmiertne przekonały, że zwężenia w nim nie było.

Podczas ćwiczeń na trupach przekonałem się, że o wiele łatwiej jest urobić kanał pod skórą nie na mostku, lecz nieco

na lewo od niego, tu pokład tkanki tłuszczowej podskórnej jest obfitszy, stąd i sama skóra jest więcej ruchoma, aniżeli na mostku; dlatego więc tę nieznaczną odmianę zastosowałem w operowanym przez siebie przypadku.

Na zasadzie wszystkiego, co powiedziano wyżej, przychodzę do następujących wniosków:

1) wytworzenie przełyku z jelita czczego jest zabiegiem niezmiernie ponętnym w zwężeniach bliznowych przełyku, niepokonanych za pomocą rozszerzania zarówno od góry, jak i od dołu, tudzież innych czynności, stosowanych w tym celu;
2) wykonana wcześnie, a więc wkrótce po utworzeniu przetoki żołądkowej, lub nawet przed nią, nastręcza mniej trudności technicznych, aniżeli wówczas, gdy sam żołądek uległ już poważniejszym zmianom;
3) niezmiernie doniosłe ma znaczenie szerokość krezki jejelita czczego i jej podatność, od nich bowiem zależy powodzenie operacyi przy zachowaniu wymiarów, podanych przez Roux'a odnośnie odcinka kiszki wyłączonego;
4) w celu uniknięcia następstw, zależnych od mniejszej, lub większej szerokości krezki, słuszniej byłoby zmienić postępowanie Roux'a w ten sposób, aby po przecięciu jelita czczego w odległości 50 ctm. od fałdy dwunastniczoczczej, nie przecinać odrazu tejże kiszki w odległości 80 ctm. od przecięcia 1-go, lecz nacinać i podwiązywać krezkę na części jelita, przeznaczonej do wyłączenia, jako przyszły przełyk i przymierzać ją do wysokości obojczyka, dopóki wymiar ten nie będzie zupełnie wystarczający dla łatwego i bez wszelkiego napięcia doprowadzenia górnego końca odcinka kiszki do obojczyka, wówczas dopiero miejsce 2-go przecięcia jelita czczego, nawet po przymierzeniu do żołądka, może być ściśle oznaczone;
5) niekiedy, zwłaszcza po dawnej gastrostomii, wobec bliznowego zwyrodnienia przedniej ściany żołądka w okolicy przetoki, może korzystniej byłoby zaszyć przetokę i wszyć dolny koniec odcinka wyłączonego w otwór

nowy, gdzie krążenie krwi w ścianie żołądka będzie lepsze;

6) jeżeli obok zwężenia przełyku rozpoznano również zwężenie odźwiernika, możnaby otwór przetoki zużytkować do gastroenterostomii metodą Roux'a, t. j. zamiast spajać oba końce jelita czczego ze sobą, użyć ich do pomienionego zabiegu; oczywiście, dla dolnego końca odcinka wyłączonego, jak poprzednio, należy zrobić nowy otwór w ścianie żołądka;

7) łatwiej jest przeprowadzić kanał pod skórą nie na mostku, lecz nieco na lewo od niego;

8) odmiana Herzena, jako oparta na słusznych zasadach, ze wszech miar zasługuje na naśladowanie.

Na zakończenie nie mogę oprzeć się pragnieniu jak najgorętszego zachęcenia Sz. Kolegów do tego pięknego zabiegu operacyjnego w cierpieniu ciężkiem i prawie codziennem, a tak wielce mozolnem i częstokroć niepokonanem za pomocą leczenia zachowawczego.

Próba wytworzenia przełyku z kiszki według sposobu Herzena

podał

Z. SŁAWIŃSKI

ordynator oddziału chirurgicznego w szp. Św. Rocha.

W początku grudnia r. z. zgłosiła się do szpitala Św. Rocha 25-letnia chora, której przed laty 10 wytworzono przetokę żołądkową wskutek oparzenia przełyku ługiem, od owego czasu chora nie połyka pokarmów i odżywia się wyłącznie przez ową przetokę, z czem kryje się przed ludźmi obcymi. Z tego właśnie powodu, przed niedawnym czasem wlała sobie do żołądka zbyt gorące mleko, i od tej chwili ma dokuczliwe bóle w brzuchu, krwawienie nieobfite z przetoki, oraz podupadła na siłach, i z tego powodu zasięga pomocy. Chora drobna, szczupła, lecz prawidłowej budowy, dobrze odżywiana, jakkolwiek blada, nie gorączkuje. Narządy wewnętrzne bez zmian. Otwór przetoki położony w pobliżu łuku żebrowego, skóra dokoła niezmieniona, w przetoce tkwi długi sączek gumowy. Po zamianie długiego sączka na krótszy, zmniejszył się i zginął wkrótce ból w brzuchu, oraz ustąpiły krwawienia, pozostało wszakże obfite wylewanie się płynu śluzowego z przetoki.

Pomimo wyraźnej poprawy stanu ogólnego i ustąpienia bólów, chora wyrzekała na swoje kalectwo, wyłączające ją z bliższego z ludźmi obcowania Chętnie tedy przyjęła ona myśl operacyi, którąby jej zapewniła możność przyjmowania pokarmów przez usta, nawet wyraźne i kilkakrotne przedstawienie niebezpieczeństwa tak złożonych zabiegów nie zdołały powstrzymać jej zapału. Wobec tego przystąpiłem do wytworzenia przełyku z kiszki cienkiej, zamierzając, za radą Herzena, przeszczepić naprzód kiszkę, potem, w drugim zabiegu, zespolić ją z żołądkiem, w trzecim z przełykiem, a wreszcie w ostatnim zabiegu zamknąć przetokę żołądkową.

Szczegóły postępowania zawiera poprzedzająca praca Ciechomskiego; tam też mieszczą się niezbędne dane anatomiczne.

Pierwszy zabieg wykonałem 19 grudnia r. z. w uśpieniu chloroformowem po zamknięciu czasowem przetoki żołądkowej. Cięcie w linii pośrodkowej, od wyrostka mieczykowatego do pępka. Po wyszukaniu pętli jelita czczego, nie stanowiącej bezpośredniego ciągu dwunastnicy, przeprowadziłem ją poprzez szczelinę, wytworzoną w krezce okrężnicy poprzecznej, oraz

więzadle żołądkowookrężniczym poprzed żołądek, przed przednią jego ścianę. W krezce owej pętli, tuż przy jej podstawie, wyszukałem i przeciąłem wśród dwu podwiązek trzy naczynia proste (t. zw. vasa recta), poczem na poziomie pierwszego podwiązanego naczynia przeciąłem krezkę wzdłuż na dół, aż do brzegu kiszki, a wreszcie na tym samym poziomie przeciąłem i samą kiszkę, pomiędzy dwiema podwiązkami, które zostały nadto wgłobione przez szwy kapciuchowe. Jeden koniec kiszki z nieuszkodzoną krezką pozostał czasowo na miejscu, drugi zaś, z przeciętą krezką, dał się z łatwością wyciągnąć z jamy brzusznej aż do poziomu obojczyka.

Przystąpiłem wówczas do wytworzenia na tępo tunelu pod powłokami klatki piersiowej na lewo od mostka, co nie nastręczyło zbytnich trudności, lecz zajęło dużo czasu, natomiast przesunięcie wyosobionej kiszki przez ów tunel stanowiło mozolny a przytem przykry, wprost brutalny moment zabiegu. Nasamprzód w celu dokładnego wyłonienia kiszki wypadło oddzielić na rozległej przestrzeni łuki żebrowe od części miękkich, a i wówczas, pomimo ponownych rozszerzań tunelu, niepodobna było przeciągnąć kiszki przez niego: lekko ujęta kiszka wymykała się z narzędzia, od mocniejszego ujęcia powstrzymywała obawa jej zmiażdżenia. Po kilku bardzo przykrych próbach, przyczem na kiszce i w jej krezce powstały liczne wybroczyny, wykonałem dodatkowe nacięcie powłok na połowie mniej więcej długości owego tunelu, i wtedy dopiero, jeszcze z wysiłkiem, można było przeciągnąć stopniowo ową kiszkę przez obie połowy tunelu aż do wylotu na szyi.

Raz jeszcze zaznaczam, że była to robota gruba, bez kontroli oka, a poniekąd i bez umiarkowania stosowanego wysiłku wykonania; że wygląd wolnego końca kiszki bardzo wówczas ucierpiał i że niepodobna było stwierdzić, czy kiszka, a zwłaszcza jej krezka, nie uległy przytem skręceniu lub zniszczeniu. Żeby się co do tego zapewnić, wyciągnąłem na szyję wolny koniec kiszki, co dało się uskutecznić z łatwością: krezka nie dała się pociągać więcej do góry, kiszki natomiast można było wydostać bez wysiłku około 20 — 25 cm. Po zaszyciu pomocniczego otworu w środkowej części tunelu na brzegu mostka i umocowaniu krezki wolnego końca kiszki do brzegów wylotu tunelu, zespoliłem bocznie odcinek kiszki z nieuszkodzoną krezką (niewyłoniony) z pozostałą częścią wyłonionego odcinka, tuż ponad szczeliną w więzadle, i części zespolone wpuściłem pod krezkę okrężnicy.

Zaznaczyć należy, że oprócz części wyłonionej pozostała ponad zespoleniem część tejże kiszki, długości około 30 ctm., i że ułożyła się ona na przedniej ścianie żołądka, na lewo od przetoki żołądkowej. Zaszycie powłok warstwowe, otworzenie przetoki żołądkowej i wprowadzenie sączka. Chora zniosła doskonale cały ten zabieg, trwający z górą dwie godziny; lecz w kilka dni po zabiegu zaczęła gorączkować oraz skarżyć się na ból w dolnej części brzucha. Pozostawiony nad wylotem tunelu na szyi odcinek kiszki wkrótce zmartwiał i zaczął tak cuchnąć, że wypadło go obciąć, co stanowiło wstęp do dalszych powikłań. Z tego bowiem odcinka, po jego otworzeniu, wydostawała się treść płynna kiszkowa, jak się wkrótce okazało, tak żrąca, że otaczająca skóra szyi oraz klatki piersiowej straciła natychmiast warstwę naskórkową.

Z pomiędzy szwów, zamykających środkowy otwór tunelu, również zaczęła przedostawać się ropa oraz wydzielina kiszkowa, po zdjęciu szwów uwydatnił się drobny otwór w ścianie kiszki, którego jednak nie udało się zaszyć. Oprócz dokuczliwego bólu chora, wskutek utraty treści kiszkowej, zaczęła niszczeć tak szybko, że wypadło coprędzej przerwać ciągłość i łączność wyłonionego odcinka z pozostałą częścią przewodu kiszkowego. D. 3 stycznia r. b. otworzyłem więc jamę brzuszną w dawnej bliznie, przeciąłem kiszkę pomiędzy dwiema podwiązkami poniżej krzywizny większej i górny odcinek kiszki zespoliłem bocznie z żołądkiem. Było to zadanie utrudnione ze względu na małą odległość dawnej przetoki od odźwiernika: wskutek szczupłej przestrzeni przedniej ściany żołądka zespolenie wypadło prawie w odźwierniku.

Po zabiegu, trwającym około godziny, również w uśpieniu chloroformowem, tym razem źle znoszonem, chora czuła się dobrze, a w nocy dostała bólu, ściskania w piersiach i wśród tych objawów zmarła prawie nagle.

Badanie zwłok wykryło co następuje. Krezka okrężnicy i sieć, poprzyrastana dolnym swym brzegiem, szyfrowa, rozdzielały jamę brzuszną na dwie połowy. W górnej leżał żołądek i wyosobiona kiszka, w dolnej przekrwione i posklejane pętle cienkich kiszek w sąsiedztwie miejsca pierwszego zespolenia kiszkowego, gdy natomiast inne pętle były blade i wolne; w jamie miednicy nieco gęstego płynu ropnego; kiszka gruba nie zmieniona. Dokoła zespolenia kiszkowego mocniejsze zrosty; samo zespolenie drożne. Żołądek wielki, mieścił się przeważnie po za łukiem żebrowym lewym. Przetoka otoczona zbitą, prawie chrząstkową tkanką i umocowaną na znacznej przestrzeni do blizny skórnej. Odźwiernik nie zmieniony, śluzówka żołądka pulchna, gruba; liczne dawne blizny; na miejscu wpustu blizna. Przełyk drożny do poziomy łuku aorty, poniżej zupełnie zarośnięty na całej przestrzeni do samego wpustu. Wyłoniona kiszka przyrośnięta mocno i na całej przestrzeni do otaczających tkanek; śluzówka wyraźnie zachowana. Serce małe, o mięśniu wiotkim, z żółtawemi pasmami.

Z niepomyslnie ukończonego przypadku mego wysnuwają się pewne wskazówki praktyczne, które ułatwić winny postępowanie i zapewnić wynik dodatni w przyszłych operacyach. Nie wątpię bowiem, że niepomyślne zejścia dotychczasowe nie zniechęcą do dalszych i usprawiedliwionych w tym kierunku zamierzeń.

W szeregu zabiegów, z jakich składa się wytworzenie nowego przełyku, jeden jest tylko zupełnie nowy i wymagający dowodów doświadczalnych, a mianowicie—odżywianie wyłonionej kiszki przez część krezki pozostałej, oraz przyrośnięcie jej do nowego otoczenia.

Mój przypadek dostarczył faktycznego dowodu w tym wła-

śnie kierunku, gdyż zachowana ściana kiszki wgoiła się w tunel na całym tegoż przebiegu. A nastąpiło to pomimo nader uciążliwego przeciągania kiszki i krezki, co stanowiło, mojem zdaniem, najcięższy dla nich uraz, oraz najtrudniejszy i najuciążliwszy moment operacyi, moment, który nie powinien być wcale nadal stosowany. Pomimo starannego i mozolnego rozszerzania owego tunelu na bok, aż pod lewa sutkę, przeciągnięcie kiszki odbyło się z wielkiem jej obrażeniem i z trudnością; nie znam zabiegu, gdziebyśmy podobną przemoc stosować musieli względem kiszki, jak w tym razie.

Kiedy wreszcie z wylotu tunelu wyłonił się zamknięty koniec kiszki, ściana jej była ciemno sina, a tu i owdzie uwydatniały się nadto wybroczyny roległe, zwłaszcza w krezce. Co prawda, raz wyłoniona kiszka dała się następnie wyciągnąć stosunkowo dość łatwo. Chcąc się zabezpieczyć co do odżywiania nowego przełyku, starałem się dojść de niezmienionej mniej więcej części kiszki, i zdumiony byłem, jak długi odcinek kiszki można było wówczas wyłonić na szyję. Obawiałem się usunąć doraźnie tę zbywającą i najbardziej upośledzoną część kiszki wobec grożącej zgorzeli pozostałego wewnętrznego odcinka, oraz wobec potrzeby zakończenia innych części bardzo długiej operacyi. Zaznaczone dwa momenty — nadmiar kiszki, oraz trudność przesunięcia kiszki — zasługują na bliższe omówienie.

Krezka po przecięciu trzech naczyń prostych (według Herzena) tak jest uruchomiona, że wolny odcinek kiszki można z wszelką delikatnością prenieść na szyję, a i wówczas jeszcze, jak przekonałem się, można wyłonić znaczny odcinek, zgoła zbywający. Sądzę przeto, że możnaby poprzestać na przewiązaniu dwu tylko naczyń, czyli na przecięciu krezki na znacznie mniejszej przestrzeni; uruchomiony odcinek kiszki wystarczyłby, zapewne, wtedy, zwłaszcza, gdyby krezkę jego można było ułożyć ostrożnie, bez skręcania, czyli nie w tunelu, lecz w otwartym na razie kanale. Wytworzenie kanału na ostro z płatem, przeciętym np. w linii pośrodkowej, byłoby sprawą napewno któtszą i bezpieczniejszą ze względu na możność sprawdzenia położenia krezki i kiszki, tudzież przekonania się naocznie o wyglądzie ściany kiszki, o jej odżywianiu.

Zgorzel kiszki w moim przypadku wytworzyła przetokę kiszkową—źródło następczego wyczerpania, zmuszające do przed-

wczesnych zabiegów. Żrąca wydzielina kiszkowa zniszczyła rychło skórę otaczającą, i wywołała ropienie w wylocie tunelu, oraz w części jego środkowej. Nie ulega również wątpliwości, że użycie pętli jelita biodrowego zamiast czczego zmniejszyłoby wyniszczenie w razie niepożądanej przetoki kiszkowej. Sądzę również, że gdyby skrócić cały pierwszy zabieg przez zastosowanie kanału otwartego, wystarczyłoby wówczas czasu na złączenie z pierwszym i zabiegu następnego, t. j. zespolenia wyłonionej kiszki z żołądkiem doraźnie, zespalając również odrazu i pozostałe odcinki pętli, nie przedłużyłoby to zbytnio operacyi, a usunęło napewno obawę utraty zawartości kiszkowej przez ewentualną przetokę.

Przypadek mój wskazuje nadto, że należałoby w przypadkach zwężenia przełyku wytwarzać przetokę żołądkową jak najdalej od odźwiernika, zapewniając w ten sposób na przyszłość miejsce dla możliwego zespolenia kiszki z przednią ścianą żołądka; wobec położenia dawnej przetoki zmuszony byłem zespolić z kiszką już część odźwiernikową żołądka.

Dawna przetoka żołądkowa, jak przekonało badanie pośmiertne, otoczona była tkanką tak zbitą, twardą i niepodatną, że niepodobna nawet próbować wszczepienia w nią kiszki, pomijając jeszcze ten wzgląd, że przetokę żołądkową trzeba zamykać na końcu, jako jedyne źródło odżywiania nawet już po zespoleniu kiszki z drożnym odcinkiem przełyku. Warto wreszcie zaznaczyć, jak bezcelowe bywa zgłębnikowanie przełyku przez wpust, od żołądka: dolny odcinek przełyku w danym przypadku był zupełnie zarośnięty.

Dalsze doświadczenie ułatwi jeszcze, niewątpliwie, metodę operacyjną i zdobędzie prawo obywatelstwa dla zabiegu, umożliwiającego współżycie i obcowanie z ludźmi tym kalekom fizycznym, za jakich uważają się słusznie osobniki z przetoką żołądkową i niemożnością przyjmowania pokarmów do ust. Nie sądzę wszakże, aby zabieg powyższy mógł być pomyślnie stosowany w zwężeniu przełyku rakowem wobec wyniszczenia danych osobników.

Drugi przypadek torbieli ujść moczowodów u kobiety 22-letniej.

(Stenosis congenita ostiorum ureterum bilateralis subsequente dilatatione cystica eorundem. Pyelonephritis acuta. Operatio per urethram. Sanatio.

podał

MICHAŁ PIETKIEWICZ.

Torbiele w odcinku pęcherzowym moczowodów, wytwarzające się wskutek zwężenia, lub zarośnięcia ich ujść, zaliczano do niedawna do nader rzadkich wad wrodzonych. Dosyć przypomnieć, iż do r. 1905 piśmiennictwo odnośne, zebrane przez C. Adriana i Th. Cohna, wykazało tylko 52 przypadki tego rodzaju, stwierdone przeważnie na zwłokach. Nieprawidłowości rozwoju moczowodów z jednej strony znaleziono 45 razy, z obu stron 7 razy. Rozpoznano chorobę za życia w 12 przypadkach.

W ostatnich latach, przeważnie dzięki rozpowszechnieniu wziernika pęcherzowego (cystoskopu), zaczęto coraz częściej spostrzegać i rozpoznawać omawiane zboczenia rozwojowe. W odczycie moim, wygłoszonym d. 15 grudnia 1909 r. na posiedzeniu Polskiego Tow. Lek. w Kijowie (Przypadek wypadnięcia przez cewkę moczową torbieli ujścia moczowodu i t. d. „Żurnał akusz. i żensk. boleźniej". Marzec. 1910 r, „Przegląd chirurg. i ginekol." 1910. T. II, Z. III), przytoczyłem oprócz mego przypadku, operowanego we wrześniu 1909 r., jeszcze 4 przypadki z piśmiennictwa. Od tego czasu ogłoszono znów 2 przypadki: z kliniki prof. Franza w Jenie (Zur Kasuistik des Ureterprolapsus durch d. Harnröhre v. Dr. Johannes Hartmann. Zeitschr. f. gynaek. Urologie. 1910. T. II. Z. 1) i z kliniki prof. Fiodorowa w Petersburgu (Ueber einen Fall v. cystenartiger

Erweiterung eines akzessorischen Ureters. Zeitschr. f. Urologie. T. IV. Z. 8). A więc od roku 1905 spostrzegano torbiele moczowodów 8 razy, w tej liczbie są 2 moje przypadki.

Powstawania zboczeń rozwojowych moczowodów omawiać tu nie będę, ponieważ była o tem wzmianka w mej pracy poprzedniej.

W krótkim stosunkowo przeciągu czasu, zaledwie jednego roku, miałem możność spostrzegania i operowania drugiego przypadku torbieli ujść moczowodów, którego opis poniżej załączam.

Chora Ch. M., izraelitka ze Starego Konstantynowa na Wołyniu. Będąc dzieckiem, przebyła odrę i w 12-m roku życia — zapalenie płuc. Według zeznania chorej i jej ojca, stan jej zdrowia był wyśmienity do czasu ostatniej choroby. Nie uskarżała się nigdy na dolegliwości w narządzie moczowopłciowym. Miesączkować zaczęła w 13 roku życia. Miesiączkowanie ustaliło się odrazu prawidłowo, co 4 tygodnie, trwało od 4 — 8 dni, nie obficie i bez bólu. W 19-m roku życia chora wyszła za mąż; odbyła dwa porody prawidłowe; dzieci karmiła swoją piersią w ciągu 6 — 7 miesięcy. Ostatni poród odbył się przed 8 miesiącami. Miesiączkowała ostatni raz przed 4-ma tygodniami.

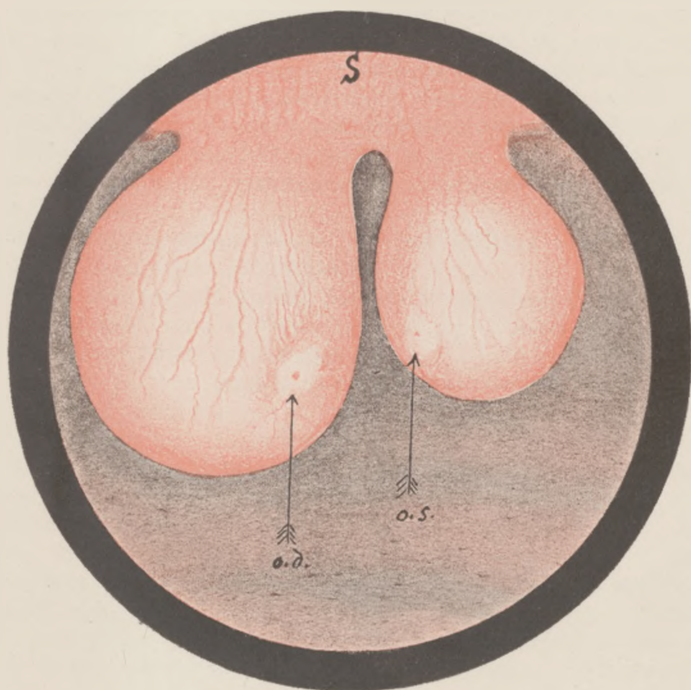
Zachorowała d. 10 czerwca 1910 r. w objawach ogólnego niedomagania i osłabienia, przytem odczuwała niezbyt silną bolesność w podbrzuszu. Od czasu do czasu zjawiały się mierne bóle w pachwinach i lewym boku. W pierwszym dniu choroby było dosyć długo trwające omdlenie. Chora jeszcze dni kilka chodziła, wreszcie, wobec wzmagającego się osłabienia, musiała położyć się do łóżka. Ciepłota ciała w ciągu całej choroby była znacznie podwyższona, 2 razy podwyższała się wyżej 41^{0} C.; od czasu do czasu zjawiały się silne dreszcze, ale pocenia się nie było. Od 16 — 26 czerwca trwała biegunka z napadami bólów w brzuchu. Od d. 26 czerwca wypróżnienia ustaliły się prawidłowo. W ciągu choroby zjawiały się codziennie wymioty 1 — 3 razy na dobę. Bólu głowy i w krzyżach nie było wcale. Oddawanie moczu odbywało się prawidłowo. Mocz był mętny z osadem. Cewnikowania pęcherza moczowego nie dokonywano ani razu.

Badanie moczu, dokonane d. 18 lipca, wykazało: mocz mętny, bladożółtej barwy; odczyn zlekka kwaśny; ciężar gatunkowy 1003. Białka 0,3$^{0}/_{00}$. Leukocytów 150—200, komórek nabłonkowych nerkowych 5—8 w polu widzenia. Czerwone ciałka krwi pojedyncze, wyługowane. Wałeczki szkliste, pokryte leukocytami i nabłonkiem nerkowym. Prątków gruźliczych i dwoinek tryprowych nie znaleziono. Chora leczyła się kilka tygodni u lekarzy miejscowych; wobec tego jednak, że stan jej zdrowia nie polepszał się, wyjechała do Kijowa. Tutaj została umieszczoną w prywatnej lecznicy dra P. Neusztube.

Stan obecny. D. 21 lipca 1910 r. Chora 22 l., blondynka, wzrostu średniego, szczupła, ze słabo rozwiniętą tkanką tłuszczową podskórną. Skóra sucha, blada; błony śluzowe bardzo blade. Język wilgotny z białym nalotem. Chora zupełnie przytomna. Ciepłota ciała znacznie podwyższona. Tętno 120 uderzeń na minutę, słabego napięcia. W sercu i płucach żadnych zmian nie znaleziono. Brzuch nie wzdęty, niebolesny. Brzeg wątroby wyczuwa się nieco niżej łuku żebrowego, gładki, miękki, niebolesny. Śledziona nie powiększona. Nerek nie wyczuwa się; okolica nerek i moczowodów niebolesna. Obrzęków niema. Narządy zewnętrzne płciowe — jak u wieloródki; pęknięcia krocza niema. W okolicy ujść przewodów gruczołów przedsionkowych wielkich (gl. Bartholini) nieznaczne zaczerwienienie; gruczoły nie wyczuwają się. Część pochwowa macicy bez zmian szczególnych; z ujścia macicy wydziela się śluz żółtawy. Macica nie powiększona, ruchoma, odsunięta ku tyłowi. Przydatki macicy nie są zgrubiałe, ruchome, niebolesne. W jamie miednicy małej żadnych zmian nie znaleziono. Okolica pęcherza mocz. niebolesna. Wypróżnienia prawidłowe. Mocz b. mętny, zawiera kolosalną ilość leukocytów, wałeczki szkliste, białka $0{,}7^0/_{00}$ i dużą ilość prątków okrężnicy (b. coli commune). Moczenie niebolesne i niezbyt częste. Badanie krwi nie wykazało obecności drobnoustrojów; erytrocyty nie zmienione, liczba leukocytów powiększona do 20 tysięcy. Próba Vidala dała wynik ujemny.

D. 23 lipca. Oględziny wnętrza pęcherza moczowego. Pojemność pęcherza moczowego nie przekracza 700 ctm. sz. Zwieracz wewnętrzny nieco obrzękły w dolnym odcinku. Błona śluzowa pęcherza prawidłowa. Na dnie pęcherza wziernik wykrywa dwa duże guzy kuliste o szerokich szypułach. Guzy mieszczą się po obu stronach trójkąta Lieutauda w miejscach, gdzie powinny znajdować się ujścia moczowodów. Powierzchnia guzów gładka, lśniąca, nie różni się ani budową, ani zabarwieniem od śluzówki, wyściełającej ściany pęcherza moczowego. Na bladoróżowem tle powierzchni guzów widać niezbyt gęstą sieć naczyń krwionośnych, dążących od podstawy ku wierzchołkom ich. Guz na stronie prawej — wielkości dużej śliwki, na lewej — nieco mniejszy. Objętość guzów zmienia się od czasu do czasu; w ciągu 1 minuty można było zauważyć jedno lub dwukrotne zmniejszenie się i powiększenie się guzów; szczególnie objętość lewego guza podlegała bardzo znacznym wahaniom. W okresie zwiększenia się (pęcznienia), guzy zbliżają się ku sobie i ściśle przylegają do siebie; potem zaś, w okresie zmniejszenia się, oddalają się jeden od drugiego, tworząc pomiędzy sobą wolną przestrzeń. (P. rysunek, przedstawiający guzy w okresie zmniejszenia się ich objętości). Gdy guzy są oświecane wziernikiem bocznie, części obwodowe guzów przeświecają. Po dłuższem badaniu, znaleziono ujścia moczowodów. W okresie, gdy guzy oddaliły się jeden od drugiego, zauważono na ich powierzchniach, ku sobie zwróconych, nieznaczne zagłębienia, otoczone właściwym dla ujść moczowodowych układem naczyniowym. Napełniwszy pęcherz moczowy powietrzem, stwierdziłem, że z owych zagłębień, umieszczonych w pobliżu wierzchołków guzów, wydziela się od czasu do czasu cienki strumień mętnego moczu.

Dr. M. Pietkiewicz. Dilatatio cystica ostiorum ureterum.



S — Sphincter internus.
o.d. — ostium ureteris dext.
o.s. — ostium ureteris sin.

Rozpoznanie. Badanie przedmiotowe wyjaśniło, iż mamy do czynienia z chorobą narządu moczowego. W innych narządach zmian chorobnych nie znaleziono. Wyniki badania moczu i obraz kliniczny choroby wskazywały, już przed badaniem wziernikiem pęcherzowym, na umiejscowienie sprawy chorobowej w nerkach i miedniczkach nerkowych. Dzięki zastosowaniu wziernika pęcherzowego nie tylko istota choroby została ściślej określona, lecz dowiedzieliśmy się także o bardzo poważnem powikłaniu, uwarunkowanem zmianami anatomicznemi dróg moczowych. Rozpoznanie zboczenia rozwojowego moczowodów nie było w tym przypadku trudne. Przeciwnie, już za pomocą pierwszego badania za pomocą wziernika stwierdziłem, iż mamy do czynienia ze zwężeniem obu ujść moczowodów i następczem wypukleniem ich odcinków pęcherzowych nakształt torbieli. Chorą pokazałem gronu kolegów, pomiędzy innymi prof. M. Wołkowiczowi i doc. I. Bondarewowi. Na korzyść przytoczonego rozpoznania przemawiały następujące okoliczności:

1. Umiejscowienie guzów po obu stronach trójkąta Lieutauda, gdzie powinny znajdować się ujścia moczowodów.

2. Kulista powierzchnia guzów, pokryta prawidłową śluzówką.

3. Przeświecanie guzów, świadczące, iż są to torbiele o cienkich ścianach, napełnione płynem przezroczystym.

4. Obecność na obu guzach otworów moczowodowych, z których wydzielał się peryodycznie mocz.

5. Fakt, doniosły pod względem rozpoznawczym, iż obydwa guzy od czasu do czasu zmieniały objętość. Objaw ten, wielce interesujący, zależał, oczywiście, od peryodycznych ruchów robaczkowych moczowodów: w chwili skurczu moczowodów, gdy do dolnych ich odcinków przybywały nowe ilości moczu, guzy pęczniały i objętość ich powiększała się; w miarę częściowego opróżnienia się zawartości guzów, objętość ich zmniejszała się.

Po napełnieniu pęcherza mocz. powietrzem, obydwa guzy zmniejszyły się znacznie, szczególnie guz na lewej stronie. Takież zjawisko zauważyłem, gdy pęcherz został napełniony znaczną ilością płynu, i rozszerzony ad maximum (700 ctm. sz.). Gdy zaś część płynu wypuszczono z pęcherza i napięcie ścian jego zmniejszyło się, guzy wróciły znów do swej pierwotnej objętości.

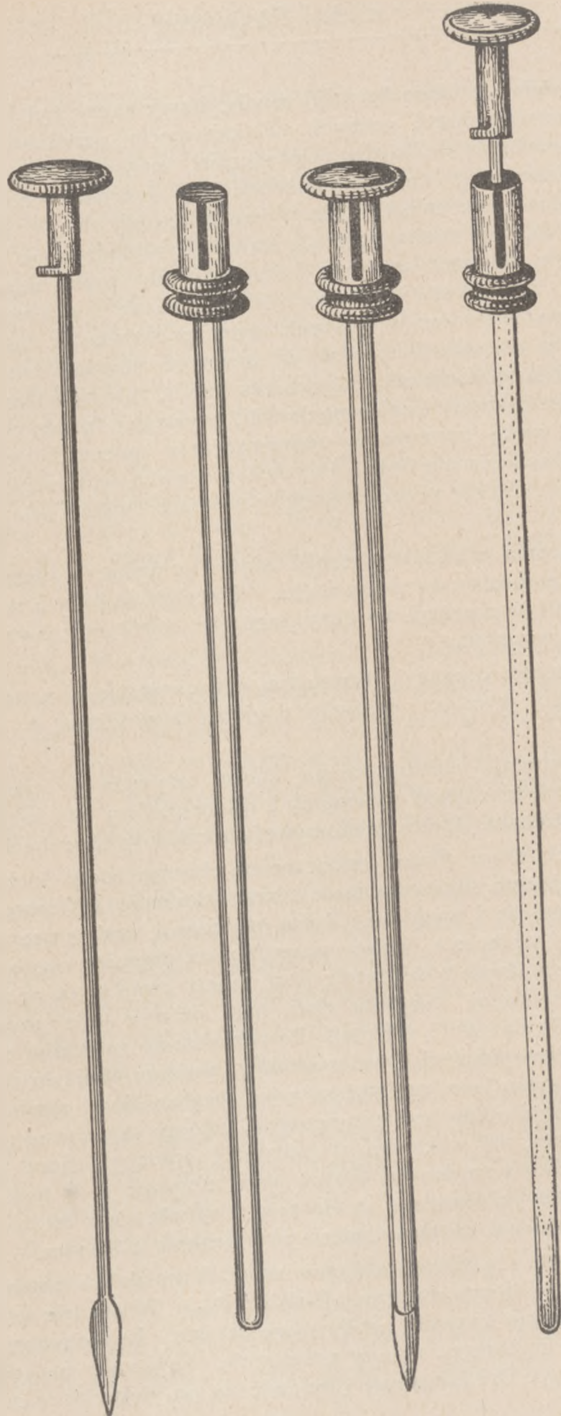
Leczenie. Po stwierdzeniu zwężenia ujść moczowodów, najważniejszem zadaniem było usunięcie tego zboczenia drogą chirurgiczną, i zabezpieczenie prawidłowego odpływu moczu z moczowodów do pęcherza. W taki jedynie sposób można było stworzyć warunki pomyślne dla przebiegu sprawy zapalnej w nerkach. Zdania mogły różnić się tylko pod względem sposobów operowania, a mianowicie, czy należy dokonać cięcia nadłonowego, lub operować przez cewkę moczową, przy pomocy wziernika pęcherzowego. Wobec tego, iż rozpoznanie w tym przypadku nie ulegało wątpliwości i pole operacyjne w pęcherzu było dostępne dla rękoczynów chirurgicznych, uznałem za możliwe dokonać operacyi przez cewkę moczową. Lekarze, wezwani na naradę, a także chora i jej krewni chętnie zgodzili się na taką operacyę, tembardziej, że nie wymagała ona bezwzględnie

uśpienia chorej, znacznie wycieńczonej długotrwałą chorobą. Po kilkakrotnych przemywaniach pęcherza 2% roztworem kwasu borowego, przystąpiłem do wykonania operacyi. Najpierw spróbowałem zniszczyć ściany torbieli za pomocą przyżegania galwanokaustycznego. Próba ta nie udała mi się z przyczyny następującej.

Przyrządy galwanokaustyczne nagrzewają się, jak wiadomo, rychło od prądu elektrycznego na znacznej przestrzeni; ponieważ w naszym przypadku guzy w pęcherzu moczowym znajdowały się prawie w bezpośredniem sąsiedztwie ze zwieraczem wewnętrznym, jest tedy rzeczą naturalną, że koniec wziernika operacyjnego, zaopatrzony w żegadło (wężownicę platynową), i ta część wziernika, która podczas przyżegania powinna znajdować się w cewce moczowej, łączą sie ze sobą zbyt blizko, by można było dowolnie używać prądu galwanicznego, nie obawiając się przyżegania zwieracza i cewki moczowej. Próby, dokonywane przed wprowadzeniem wziernika operacyjnego do pęcherza, z prądem takiej siły, by można doprowadzić żegadło do białego rozżarzenia, przekonały mię, iż okres przyżegania w pęcherzu, bez uszkodzenia cewki moczowej, może trwać nie dłużej niż 3 sekundy. Takiego więc krótkotrwałego przyżegania dokonałem 29 lipca na ścianie guza z prawej strony, po napełnieniu poprzedniem pęcherza moczowego powietrzem. Chora nie odczuła wprawdzie żadnego prawie bólu w cewce, lecz i skutek przyżegania był bardzo nieznaczny. We 4 dni później stwierdziłem, iż w miejscu przyżegania zjawiło się zaczerwienienie, łuszczenie się nabłonka i obrzęk śluzówki; objawów głębszego zniszczenia ściany guza nie otrzymałem. Dalszych prób w tym kierunku zaniechałem i postanowiłem dokonać operacyi nożem. W tym celu sporządziłem nóż kształtu sztyletu, schowany w długiej, płaskiej pochewce metalowej, zakończonej tępo, w rodzaju zgłębnika. Ostrze noża mogło być dowolnie wysuwane z pochewki, lub chowane w niej. (Rysunek tego narzędzia załączam № 3). Długość pochewki 16 cm., szerokość 3 mm. i 1½ mm.; długość nożyka z trzonkiem 17¼ cm.

Operacya dokonywała się w pęcherzu po dokładnem przemyciu jego i napełnieniu 300 ctm. sz. 2% roztworu kwasu borowego, po oświeceniu pola operacyjnego zwykłym wziernikiem Nitzego. Najpierw (8 sierpnia) rozciąłem ścianę przednią guza lewego w kierunku od szypuły ku wierzchołkowi guza. Krwawienie było b. nieznaczne. Po rozcięciu — ściany guza opadły, przybierając kształt torebki opróżnionej. Po dwóch dniach (10 sierpnia) przekłułem na wylot opadnięte ściany tegoż guza u podstawy jego i, nie wyjmując noża, powoli, krótkimi, piłującymi ruchami rozciąłem od szypuły do wierzchołka. W takiż sposób rozciąłem guz jeszcze w dwóch miejscach. Ze ścian guza utworzyło się kilka długich, kołyszących się strzępów, w których ośrodku ukazał się czarny, ziejący otwór rozszerzonego moczowodu. Z otworu wydzielał się mocz w dużej ilości. Po 3-ch dniach okolica lewego moczowodu zmieniła się do niepoznania: strzępy ścian torbieli skurczyły się i utworzyły brodawkę, na której wierzchołku widać otwór duży, nakształt krateru, o brzegach nierównych, wystrzępionych.

13 sierpnia przystąpiłem do operacyi guza strony prawej. Tutaj spra-



Rys. 3.

wa przedstawiała się nieco bardziej zawiłą, bowiem guz był większych rozmiarów o ścianach dosyć grubych. Po przecięciu przedniej ściany, objętość guza zmniejszyła się bardzo nieznacznie; miejsce cięcia zamknęło się natychmiast. Szerokiego cięcia niepodobna było dokonać wobec niemożności unieruchomienia guza: miękkie ściany jego poruszały się we wszelkich kierunkach przy każdym ruchu noża, nie stawiając najmniejszego oporu. Wówczas przekłułem cały guz na wylot i przepchnąłem przez niego także i pochewkę noża. Usunąwszy następnie nóż z pochewki i wziernik z pęcherza moczowego, pozostawiłem w ścianach guza pochewkę w ciągu 10 godzin, w nadziei, że w ten sposób uda się do pewnego stopnia zniszczyć je. Pochewka spełniała jednocześnie w pęcherzu mocz. rolę cewnika, włożonego na stałe. Na zewnętrzny koniec pochewki, wystający przez cewkę moczową, nałożyłem rurkę gumową do odprowadzenia moczu do podstawionego naczynia. Krwawienia nie było. Po dwóch dniach stwierdziłem znaczne zmniejszenie się torbieli; przez otwory w ścianach widać było sączenie się moczu.

D. 17 sierpnia przekłułem torbiel znowu na wylot, i wówczas udało się przeciąć ją od podstawy do wierzchołka. Wskutek nadmiaru tkanek, pozostałych z torbieli, wytworzył się duży pagórek; otwór moczowodu był otoczony grubemi wargami.

Po ukończeniu operacyi, dokonałem cewnikowania obu moczowodów. Cewniki grubego wymiaru przeszły z wielką łatwością aż do miedniczek nerkowych.

Oprócz leczenia chirurgicznego chora zażywała w czasie pobytu w lecznicy niewielkie dawki urotropiny i salolu (po 0,3 trzy razy na dobę) i piła wodę borżomską. Dyetę zachowywała zwykłą w chorobach nerek.

Przebieg choroby. Przed rozpoczęciem chirurgicznego leczenia chora uskarżała się wciąż na silne osłabienie i brak łaknienia. Od czasu do czasu zjawiały się dreszcze i wymioty. Dyeta mleczna i wody mineralne alkaliczne wywierały widocznie wpływ pomyślny na przebieg choroby, zwiększając wydzielniczą działalność nerek; ilość moczu zwiększyła się znacznie— do 2000 ctm. sz. i więcej. Ciepłota ciała była prawie stale podwyższona, czasami dochodziła do 39° C. i wyżej. Po rozpoczęciu zabiegów chirurgicznych i usunięciu zwężenia ujść moczowodów, ciepłota obniżyła się natychmiast i od tego czasu nie podwyższała się wcale. Mocz zawierał coraz mniej białka i pierwiastków morfologicznych. Ogólny stan zaczął poprawiać się z każdym dniem. W kilka dni po pierwszej operacyi chora czuła się o tyle silną, że tylko z trudnością można było utrzymać ją w łóżku. D. 18 sierpnia pozwolono jej chodzić, 19 sierpnia wypisała się z lecznicy w dobrym stanie zdrowia i d. 26 tegoż miesiąca wyjechała z Kijowa.

Badanie moczu (19 sierpnia): Lewa nerka. Mocz zlekka mętnawy, barwy słomianożółtej. Odczyn dwoisty. Białka 0,1‰. W osadzie odwirowanym: w miernej liczbie komórki nabłonkowe płaskie. Leukocytów 50 — 60 w polu widzenia. Erytrocyty 1—2 w preparacie. Kryształy fosforanu wapniowego obojętnego. Drobnoustroje (hodowle na pożywkach): w dużej licz-

bie nie barwiące się według Grama dwoinki otoczkowe i w niewielkiej liczbie prątki okrężnicy.

Prawa nerka: Mocz zlekka mętnawy, barwy słomianożółtej. Odczyn dwoisty. Ciężar gatunk. 1009. Białka 0,1$^0/_{00}$. W osadzie centryfugowym: w miernej liczbie komórki nabłonkowe płaskie, niezbyt rzadko — okrągłe. Leukocytów 60—80, erytrocytów 2—3 w polu widzenia. Drobnoustroje (hodowle na pożywkach): w miernej liczbie niebarwiące się według Grama dwoinki otoczkowe, i znaczna liczba prątków okrężnicy.

Po wstrzyknięciu śródmięśniowem roztworu karminu indygowego (0,08) mocz lewej nerki zabarwił się na błękitno dopiero po 20 minutach. Zabarwienie moczu prawej nerki było w tym samym czasie ledwo dostrzegalne. Po upływie 2$^1/_2$ godzin od czasu wstrzyknięcia zabarwienie moczu znikło zupełnie.

Doświadczenie z floryzyną. Wstrzyknąwszy 0,01 floryzyny, dokonałem po kwadransie cewnikowania moczowodów; zebrano mocz z każdej nerki z osobna w ciągu 1 godziny. W moczu lewej nerki znaleziono ślady cukru (stwierdzone drogą fermentacyi); mocz prawej nerki nie dał wcale odczynu na cukier.

Epikryza. Pierwotne rozpoznanie zboczenia rozwojowego moczowodów zostało potwierdzone w czasie operacyi. Jamy obydwóch torbieli łączyły się bezpośrednio ze światłem moczowodów, znacznie rozszerzonych. Badając wnętrze torbieli zgłębnikiem, nie znalazłem ani kanałów ubocznych, ani zagłębień, któreby wskazywały na obecność moczowodów dodatkowych.

Po wstrzyknięciu karminu indygowego, mocz zabarwiony wydzielał się tylko przez rozszerzone ujścia moczowodów, żadnych innych otworów dodatkowych nie znaleziono.

Operacya w pęcherzu moczowym została dokonaną za pomocą noża, który wprowadzałem przez cewkę, obok wziernika. Ten sposób operowania okazał się w danym przypadku praktycznym i niezbyt trudnym do wykonania. Zabiegi chirurgiczne w pęcherzu były, według zeznania chorej, bolesne w chwili rozcinania torbieli, uśpienia jednak nie wymagały; raz jeden przed rozcięciem prawej torbieli — wstrzyknąłem pod skórę morfinę, w celu zmniejszenia wrażliwości chorej, która przed każdym seansem niezmiernie niepokoiła się. Dzięki wzmożonej wrażliwości chorej, musiałem podczas operacyi ograniczać się do krótkotrwałych rękoczynów, i przerywać seans natychmiast po zjawieniu się bólu. Z tego powodu operacya obydwóch tor-

bieli wymagała aż 5-u seansów, jakkolwiek mogła być dokonana, w innych warunkach, w ciągu 2—3 seansów.

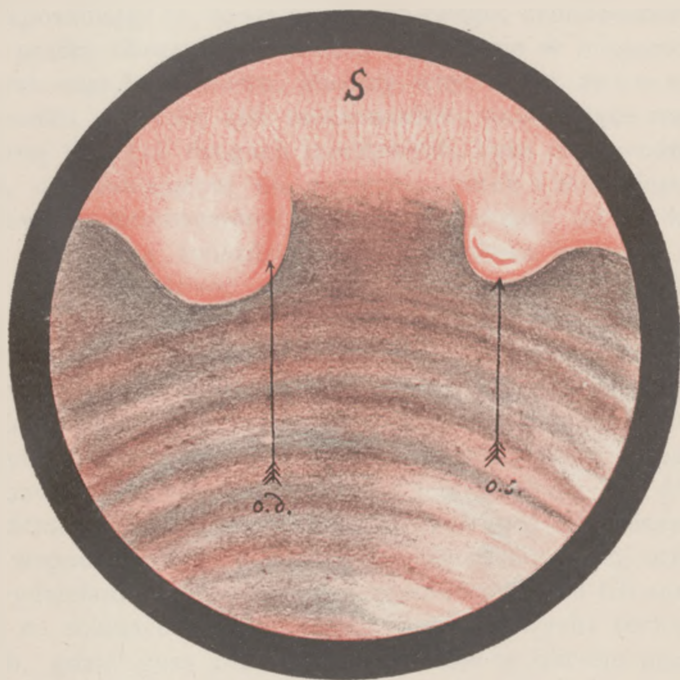
Wynik operacyi był pomyślny; zwężenie moczowodów zostało usunięte doszczętnie. Pomimo częstych badań wziernikiem i kilkakrotnych zabiegów chirurgicznych, nie zauważyłem ani razu podrażnienia dróg moczowych. Moczenie odbywało się bez bólu; błona śluzowa pęcherza moczowego i cewki pozostawała cały czas prawidłową. D. 26 sierpnia, t. j. 9-go dnia po ostatnim zabiegu chirurgicznym, wziernik wykazał co następuje. (Rys. 2).

Błona śluzowa pęcherza moczowego prawidłowa. W miejscu, gdzie znajdowała się poprzednio prawa torbiel, widać dosyć duży pagórek stożkowaty z podłużnym otworem na stronie wewnętrznej. W czasie wytryskiwania moczu brzegi otworu rozwierają się zlekka. Na lewej stronie trójkąta Lieutauda nie pozostało prawie śladu torbieli (tutaj operacya była dokonana kilka dni wcześniej). Ujście lewego moczowodu mieści się na brodawce okrągłej i dosyć prawidłowo ukształtowanej. W okresie czynnego ruchu moczowodu, brzegi ujścia jego rozwierają się szeroko, a potem opadają i zakrywają szczelnie światło moczowodu. Mocz, wydzielający się z obu moczowodów, wydaje się zupełnie czystym. Tę okoliczność, że brzegi ujść moczowodów rozwierają się tylko w czasie wytryskiwania moczu, a potem zbliżają się ku sobie, uważam jako zjawisko wielce pomyślne. Taka bowiem czynna działalność ujść moczowodów odpowiada warunkom prawidłowym i zapobiega do pewnego stopnia zakażeniu moczowodów od strony pęcherza moczowego.

Doświadczenia, dokonane z karminem indygowym i floryzyną, wykazują, iż zdolność czynnościowa obydwóch nerek zmniejszyła się do pewnego stopnia wskutek zapalenia, trwającego $2^1/_2$ miesięcy, w warunkach wielce niepomyślnych z powodu utrudnionego odpływu moczu z moczowodów. Głębszym zmianom uległa, bez wątpienia, nerka prawa, jak widać z doświadczeń z odczynnikami wyżej wymienionymi, a także z wyniku ostatniego badania moczu.

Na zakończenie pozwolę sobie odpowiedzieć na pytanie, które mimowoli na myśl się nasuwa, jaką rolę odegrało zbo-

№ II.



S — Sphincter internus.
o.d. — ostium ureteris dext.
o.s. — ostium ureteris sin.

26. VIII. 1910 { 16 dies post discissionem cyst. sin.,
9 dies post disciss. cyst. dextrae.

czenie rozwojowe moczowodów w etyologii zapalenia nerek i miedniczek?

Wiadomo, iż każdy czynnik mechaniczny, zmniejszający światło moczowodów, i utrudniający odpływ moczu, np. kamica, nowotwory, macica ciężarna i t. d., wywiera wpływ szkodliwy na nerki, usposabiając je do stanu chorobowego; drobnoustroje, najczęściej prątki okrężnicy, osiedlają się chętnie w miejscach, podlegających zastojowi moczu. Musimy więc uznać, że i w naszym przypadku zwężenie ujść moczowodów, powodujące stały zastój w wyżej leżących drogach moczowych, było niezawodnie czynnikiem, usposabiającym do zapalenia nerek i miedniczek. Nieprawidłowość moczowodów istniała wprawdzie od bardzo dawna, — z pewnością twierdzić można, że chora przyszła na świat z tą wadą rozwojową; nerki musiały oswoić się do pewnego stopnia z przewlekłym zastojem moczu w moczowodach i miedniczkach; to wszystko, jednak, nie zmniejsza znaczenia zboczenia omawianego w etyologii zapalenia, które widzieliśmy obecnie. Zdaje mi się, że zjawiska zastojowe w zboczeniach tej kategoryi z biegiem czasu stanowczo zwiększać się muszą, w miarę rozszerzenia się moczowodów i wypuklenia się dolnych ich odcinków w jamie pęcherza moczowego. W naszym przypadku wspomnieć należy o innej jeszcze okoliczności, utrudniającej wydzielanie się moczu z moczowodów: ujścia ich znajdowały się na ścianach wewnętrznych (dośrodkowych) torbieli w miejscach, gdzie guzy przylegały do siebie w okresie pęcznienia. Strumień moczu, wydzielający się ze zwężonego ujścia, ulegał peryodycznie powtarzającemu się uciskowi ze stony przeciwległej torbieli; im więcej moczu przybywało do torbieli, im więcej one pęczniały, tem silniej zatykały się ujścia moczowodów.

Zważywszy to wszystko, przyznać należy, że u pacyentki naszej istniały oddawna warunki, wielce sprzyjające rozwojowi choroby nerek, i że tylko dzięki szczęśliwemu przypadkowi choroba nie ujawniła się znacznie wcześniej, np. w czasie ciąży, po jakiemś zaziębieniu i t. d. Jaka bezpośrednia przyczyna spowodowała chorobę przed $2^1/_2$ miesiącami, nie udało się ściśle wyjaśnić.

Przebieg zapalenia nerek i miedniczek był dosyć ciężki;

rozwolnienie, wymioty, niezwykle wysoka ciepłota ciała świadczyły o poważnem zatruciu ustroju. Zwężenie ujść moczowodowych wywierało, niezawodnie, wpływ bardzo znaczny na stopień natężenia choroby. Dowodem tego służy okoliczność, że po usunięciu zastoju moczu znikły natychmiast wszystkie zatrważające zaburzenia chorobowe, ciepłota ciała ustaliła się prawidłowo, zjawiło się doskonałe łaknienie, sen i znakomite samopoczucie; badanie moczu wykazało znaczne zmniejszenie się białka i pierwiastków morfologicznych.

Przypadek uwięźnienia przepukliny pachwinowej w worku wodniaka jądra

podał

STEFAN RECHNIOWSKI *).

Pozwolę sobie przedstawić Szanownym Panom następujący przypadek, spostrzegany w szpitalu św. Piotra i Pawła w Suwałkach.

D. 3 maja r. b. zapisał się do szpitala J. S., włościanin gminy Wejsieje pow. Sejneńskiego, mężczyzna 48 letni. Chory opowiada, że od dzieciństwa cierpi na przepuklinę mosznową lewostronną, która jednakże aż do czasów ostatnich nie dawała mu się we znaki. Przed dniami pięciu podczas wykonywania roboty poczuł ból w pachwinie lewej i w lewej połowie moszny, jednocześnie z tem powiększył się guz przepuklinowy. Ból wzmagał się szybko i w końcu zmusił chorego do porzucenia pracy i położenia się do łóżka. Obok stale wzmagających się bólów zatrzymały się wiatry i stolce, a brzuch stawał się wzdętym.

Otoczenie chorego rozpoczęło leczenie od stosowania rozmaitych maści, któremi rozcierano powiększony guz przepuklinowy. Gdy to nie pomagało, zawezwano felczera wiejskiego, który, rozpoznawszy zaciśnięcie przepukliny, rozpoczął energiczne próby wprawienia, cisnąc i miętosząc guz przepuklinowy i mosznę. Leczenie to, prowadzone bez przerwy w przeciągu 3-ch dni, pozostało bez skutku.

Stan chorego stale pogarszał się, a przed dwoma dniami wystąpiły wymioty, które, powtarzając się coraz częściej, przybrały w końcu wygląd kałowych. Wtedy to przewieziono chorego do szpitala Sejneńskiego, skąd bez zwłoki skierowano go do Suwałk w celu dokonania zabiegu operacyjnego. Chory wzrostu średniego, budowy dobrej, odżywiany miernie. Rysy twarzy zaostrzone, wyraz twarzy cierpiący. Ciepł. 37, tętno 98, nieźle wypełnione i napięte. W płucach i sercu zmian chorobowych nie wykryto. Częste bóle kurczowe w brzuchu, promieniujace do pachwiny lewej i do

*) Rozprawa w skróceniu wygłoszona na Zjeździe Chirurgów Polskich w Warszawie w d. 6, 7 i 8 października 1910 r.

lewej połowy moszny. Podczas każdego bólu chory jęczy głośno. Częste wymioty cieczą ciemno zieloną, cuchnącą.

Brzuch wzdęty, zwłaszcza okolica poprzecznicy; po obmacywaniu — zarysy jelit wyraźne, nie zatarte. W okolicy pachwiny lewej — guz przepuklinowy, wychodzący z otworu zewnętrznego kanału pachwinowego i zstępujący do moszny, w której dochodzi mniej więcej do połowy jej długości. W miejscu tem guz, badany wzrokiem i obmacywaniem, oddziela się granicą wyraźną od dolnej części moszny. Ta ostatnia przedstawia się również w postaci guza kulistego, nieco wydłużonego w kierunku podłużnym, o ścianach napiętych, wykazującego chełbotanie wyraźne i przy rozpatrywaniu pod światło — przeświecającego. Jądra lewego wyczuć nie udaje się.

Wszystkie objawy powyższe dały prawo rozpoznania przepukliny pachwinowej zewnętrznej, powikłanej wodniakiem jądra i zaciśniętej, przyczem na zasadzie opisanego powyżej stosunku wzajemnego części anatomicznych zrodziło się przypuszczenie, że przepuklina zajmuje tylko połowę górną moszny, cała zaś połowa dolna zajęta jest wodniakiem jądra, że wreszcie zaciśnięcie ma miejsce gdzieś w kanale pachwinowym.

Tegoż dnia przystąpiono do operacyi w uśpieniu chloroformowem. Cięcie skośne, poczynające się na parę centymetrów powyżej pierścienia pachwinowego zewnętrznego i przebiegające ku dołowi poprzez pachwinę i wzdłuż moszny aż do zarysowującej się wyraźnie granicy dolnej guza przepuklinowego. Po przecięciu warstw powierzchownych, wyosobniono otwór zewnętrzny kanału pachwinowego; począwszy od miejsca tego, zaczęto wyosabniać na tępo worek przepuklinowy, oddzielając go od tkanek otaczających. Postępując w ten sposób coraz niżej, wyosobniono worek z przodu, z tyłu i z boków aż do miejsca, które przy badaniu przed zabiegiem uważano za granicę dolną worka. Tutaj oddzielanie na tępo wcale nie udawało się; otrzymano wrażenie, jakgdyby w miejscu tem worek przepuklinowy był mocno zrośnięty z workiem wodniakowym za pomocą tkanki bliznowej. Badając jednak dokładniej miejsce to, zauważono, że worek przepuklinowy wcale tutaj nie kończy się, lecz wchodzi jakby w kanał wązki, znajdujący się w worku wodniaka; kanał ten ma swoje ściany własne, które otaczają ze wszystkich stron ścianę worka przepuklinowego, stanowiąc dlań jakby pochwę. Otwór, prowadzący do kanału, o średnicy koło 2-ch ctm., o brzegach ostrych, obejmuje dość ściśle ze wszystkich stron worek przepuklinowy, przewężając w stopniu dość znacznym światło jego. Cały obraz anatomiczny bardzo podobny jest do tego, jaki znajdujemy we wpochwieniu jelit.

Nie przecinając ściany kanału omawianego, nacięto otwór doń prowadzący, poczem otworzono worek przepuklinowy cięciem od otworu pachwinowego zewnętrznego aż do początku opisywanego kanału. W worku znaleziono na przodzie sieć, wyciągniętą w postaci sznurka, nie przewyższającego grubością swoją grubości ołówka; z tyłu od sieci znaleziono dwa ramiona jelita grubego, idące zupełnie równolegle do siebie. Ramię, znajdujące się ku przodowi i nazewnątrz, jest rozszerzone znacznie, o ścianach wybitnie zgrubiałych; drugie, położone na wewnątrz i nieco od tyłu, jest

wązkie, jakby skurczone, o ścianach znacznie cieńszych; obydwa ramiona, jak również sieć, są pokryte nieznaczną warstwą nalotu włóknikowego; surowicówka ich — cokolwiek zmętniała. Badanie kanału pachwinowego na całej jego długości nie wykryło nigdzie przewężenia. Wymienione powyżej części składowe zawartości worka przepuklinowego przebiegają równolegle do siebie i w miejscu, gdzie zaczyna się guz wodniakowy, wchodzą wgłąb wiadomego kanału, przebiegającego wewnątrz guza tego. Dzięki nacięciu wejścia do kanału udało się wydobyć z niego zawarte w nim trzewa i wraz z trzewami zawartości worka przepuklinowego, leżącymi zewnątrz kanału, ułożyć na serwecie wyjałowionej. Wyjaśniło się wtedy ostatecznie, że zawartość worka przepuklinowego stanowi esica i kawał sieci; pętla esicy, znajdująca się wewnątrz kanału wodniakowego, uległa zgorzeli na przestrzeni około 5 ctm., sieć zaś, znajdująca się tamże, — na przestrzeni około 10 ctm. Badając kanał, przebiegający w istocie guza wodniakowego, przekonano się, że przebiega on aż do samego dna moszny, kończąc się tutaj ślepo. Wnętrze jego wyściela tkanka worka przepuklinowego, nazewnątrz od niego znajdujemy zdwojoną wskutek wgłobienia ścianę worka wodniakowego. Wgłobienie to zaczyna się w miejscu, gdzie leży otwór wejścia do kanału opisywanego, brzegi otworu tego stanowią początek zdwojenia ściany, a zarazem miejsce zaciśnięcia przepukliny. Uwolniwszy zawartość worka przepuklinowego z zaciśnięcia, przewiązano i odcięto poniżej podwiązki część sieci tuż pod pierścieniem pachwinowym zewnętrznym; następnie po podwiązaniu trzema podwiązkami krezki i po nałożeniu na jelito 4-ch zaciskadeł Doyena, wycięto około 15 ctm. jelita. Wobec znacznej różnicy w świetle odcinków doprowadzającego i odprowadzającego, zaszyto całkowicie otwory tych odcinków, poczem wykonano zespolenie boczne odcinków zaszytych blizko miejsca przyczepu krezki w kierunku przeciwnym ruchowi robaczkowemu. Rozszerzywszy następnie ku górze kanał pachwinowy i otworzywszy w ten sposób jamę brzuszną na przestrzeni koło 3-ch ctm., wprowadzono pod kontrolą wzroku jelito zeszyte i ułożono w jamie brzusznej, starając się uniknąć wszelkich skręceń i zagięć. Na linię szwu kiszkowego założono niewielki worek Mikulicza. Z powodu przedłużającego się zabiegu i dość zawikłanych stosunków anatomicznych zaniechano oddzielenia worka przepuklinowego w tej części, która znajdowała się w kanale worka wodniakowego, lecz na dnie moszny wykonano otwór, prowadzący do końca ślepego kanału, poczem przesączkowano worek przepuklinowy za pomocą paska gazy jodoformowej, wprowadzonego doń z góry zaraz pod otworem pachwinowym zewnętrznym, a wyprowadzonego przez otwór na dnie moszny. Nad gazą tą zeszyto ranę skórną, począwszy od szyi worka Mikulicza aż do granicy górnej worka wodniakowego.

Po operacyi tętno 118, słabo napięte. Wstrzyknięto podskórnie 600 $ctm.^3$ roztworu fizyologicznego, poczem tętno cokolwiek poprawiło się.

Dnia następnego (4 maja) C. 36.9 — 36.5. T. 92, napięcia średniego. Parę razy wymioty kałem. Podczas dnia przyjął parę łyżek mleka i nieco wody zimnej. Pod wieczór — stolec płynny, niezbyt obfity. Wygląd chorego — dość pomyślny.

D. 5 maja C. 37 5 — 37. T. 100, średnio napięte. Wymiotów nie było. Wypróżnienia nie miał. Wiatrów odchodzi bardzo niewiele. Okolica poprzecznicy i okrężnicy zstępującej wzdęta; zarysy kiszek wyczuwają się wyraźnie. Ruchy robaczkowe wzmożone, uwydatniają się w postaci głośnego kurczenia i przelewania.

D. 6 maja. C. 37.5 — 37. T. 100, nieźle napiete. Wymiotów ani stolca nie było. Okolica poprzecznicy — wzdęta bardzo mocno. Wiatry wcale nie odchodzą. Ruchy robaczkowe — wzmożone bardzo wybitnie i przez powłoki brzuszne widoczne dla oka. Zarysy jelit wyraźne. Samopoczucie — złe. Chory narzeka na wzdęcie, podpieranie pod gardło i bóle brzucha. Wobec wyraźnych objawów niedrożności pooperacyjnej zamierzano przystąpić do cięcia brzusznego, chory jednak za nic nie chciał na to zgodzić się, pomimo przedstawiania niebezpieczeństwa, w jakiem znajduje się. Wobec tego poprzestano na ostrożnie wykonanem i niezbyt głębokiem wlewaniu do prostnicy, które jednakże pozostało bez skutku. Worek Mikulicza usunięto i zastąpiono niewielkim paskiem gazy jodoformowej.

Wobec oporu chorego los jego był zdecydowany. Męczył się jeszcze przez dzień 7 maja śród stale wzmagających się objawów niedrożności przewodu kiszkowego. W nocy z d. 7 na 8 maja nastąpiło zejście śmiertelne w objawach porażenia jelit i serca.

Sekcyi zwłok z powodów od nas niezależnych wykonać nie udało się.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z paru względów.

Przedewszystkiem — ze względu na zawartość worka przepuklinowego, którą stanowiła esica.

Wogóle okrężnica, jako zawartość worków przepuklinowych, spotyka się dość rzadko.

Tak np. Anderegg na 136 cięć przepuklinowych znalazł okrężnicę tylko 5 razy, z tego esicę 2 razy, kątnicę 2 razy i poprzecznicę raz 1.

Billroth na 35 cięć przepuklinowych znalazł raz jeden tylko kątnicę.

Rose na 137 operacyi przepuklin znalazł okrężnicę 6 razy, w tem kątnicę 4 razy.

Krönlein na 109 przypadków znalazł okrężnicę 10 razy, w tem raz okrężnicę, 4 razy esicę, 5 razy kątnicę z wyrostkiem robaczkowym i 2 razy tylko wyrostek.

Brunner na 65 przypadków przepuklin, spostrzeganych w klinice w Zürichu, znalazł w 11 przypadkach okrężnicę: 4 razy kątnicę, 2 razy wyrostek robaczkowy, 5 razy esicę.

Bandschuh, podając materyał kliniki hejdelberskiej za czas od r. 1888 do 1901 wyłącznie podaje na 231 przypadków przepuklin zaciśniętych 25 przypadków, w których zawartość wor-

ka przepuklinowego stanowiła okrężnica — w 10 przypadkach razem z jelitem cienkiem, w 15 przypadkach — sama jedna. Z 25 przypadków w 8 przypadkach była poprzecznica, w 4 esica, w 13 kątnica.

Weyprecht na 397 przypadków przepuklin zaciśniętych, spostrzeganych w oddziale chirurgicznym Körtego w Berlinie, podaje 10 przypadków, w których znaleziono okrężnicę, jako zawartość worka przepuklinowego, z tego okrężnicę i esicę znaleziono 2 razy, okrężnicę samą — raz jeden, okrężnicę i jelito cienkie 6 razy. W tem wszystkiem esica była 2 razy.

Maydl, podając w podręczniku swym 443 przypadki przepuklin, spostrzeganych w klinice praskiej, oznajmia, że okrężnicę znalazł w worku przepuklinowym 22 razy, z tego 11 razy kątnicę.

Zestawiając razem dane powyższe, otrzymujemy na 1553 przypadki przepuklin — 90 przypadków przepuklin okrężnicowych, co stanowi około 5,8%, a więc mniej więcej tyle, ile podaje Brunner w swoich zestawieniach (6%).

Policzywszy pozatem wszystkie wyraźnie wspomniane przypadki przepuklin esicowych, i przypuściwszy do tego, że wśród przypadków Rosego mogła być jedna esica, a wśród przypadków Maydla 5 przypadków takich, otrzymamy w sumie ogólnej na 1553 przypadki przepuklin 23 przypadki przepuklin esicowych, co stanowi około 1,5%.

Niemniej zasługuje na uwagę i położenie, w jakiem znajdowała się w przypadku naszym esica w worku przepuklinowym. Mianowicie była ona ze wszystkich stron pokryta otrzewną, krezkę miała—b. długą i nigdzie ze ścianą worka nie była zrośnięta. Niewiadomo dlaczego utrwaliło się przekonanie, że położenie takie esicy w worku przepuklinowym możliwe jest tylko w przepuklinach prawostronnych; natomiast na stronie lewej ma być zwykle esica pokryta otrzewną tylko z przodu i z boków, z tyłu zaś zrośnięta ściśle ze ścianą worka przepuklinowego i co więcej — ściana tylna esicy może być w tych razach pozbawiona zupełnie pokrycia otrzewnowego i przylegać bezpośrednio do powięzi właściwej (fascia propria) przepukliny. Krezka ma być w tych razach krótka. Jednem słowem esica ma w razach tych nie tyle wchodzić do worka przepukli-

nowego śródotrzewnowo, ile opuszczać się doń pozaotrzewnowo, podobnie jak kątnica w przepuklinach prawostronnych.

Na błędność poglądu takiego wskazał już w r. 1888 Konrad Brunner, podając 5 przypadków przepuklin esicowych Krönleina, z których tylko w 2-ch esica była zrośnięta ściśle ze ścianą worka tylną, podczas gdy w 3-ch — leżała ona w worku zupełnie swobodnie, pokryta ze stron wszystkich otrzewną.

Pomimo to w podręczniku Schmidta, wydanym w r. 1896, a więc w lat 8 po ogłoszeniu pracy Brunnera, znajdujemy w sprawie omawianej dosłownie co następuje:

> „w przepuklinach prawostronnych zwisa ona (esica) podobnie, jak i poprzecznica, zupełnie swobodnie dzięki krezce długiej. W przepukliny lewostronne zsuwa się ona podobnie, jak kątnica i posiada wtedy zwykle krezkę krótszą, której nasada jest złączona ściśle z otoczeniem przepukliny. Niekiedy na koszt krezki wytwarza się worek przepuklinowy w ten sposób, że powierzchnia tylna jelita jest zrośnięta z fascia propria przepukliny“.

Przypadek nasz przeczy stanowczo wyrażonym powyżej poglądom Schmidta i innych podręczników i potwierdza zdanie Brunnera.

Najwięcej jednak zasługuje na uwagę w przypadku naszym wgłobienie worka przepuklinowego w worek wodniakowy. Stosunek taki dwóch tych tworów chorobowych nie należy do zbyt częstych. Sam fakt współistnienia przepukliny z wodniakiem nie należy do rzadkości. W razach takich, zdaniem Rochera, worek przepuklinowy najczęściej dochodzi tylko do ściany górnej worka wodniakowego, rzadziej opuszcza się wzdłuż tylnej jego ściany, jeszcze rzadziej leży z przodu. Wgłobienie należy względnie do spraw najrzadszych.

Możnaby tu do pewnego stopnia mówić o t. z. hernia encystica. Bliższe jednak wejrzenie w stosuki przypadku naszego nie pozwala zaliczyć go do tego ostatniego rodzaju. Wogóle pojęcie hernia encystica, określone i ugruntowane dość ściśle przez Coopera, zostało przez rozmaitych autorów znacznie rozszerzone, tak, że mianem hernia encystica nazywano przypadki takie, które nie odpowiadały wcale pierwowzorowi, podanemu

przez Coopera. Słusznie też Selcke w r. 1898 stara się ograniczyć pojęcie hernia encystica, i stosuje je tylko do pewnych ściśle określonych przypadków.

Pierwszym warunkiem do tego musi być stwierdzenie, że przepuklina jest wrodzona; powtóre, worek wodniakowy powinien otaczać worek przepuklinowy aż po samą jego szyję, t. j. przepuklina powinna zwisać do jamy wodniaka w postaci worka; potrzecie worek wodniakowy, otaczający przepuklinę, powinien stanowić przestrzeń zupełnie zamkniętą, nie mającą żadnego połączenia z wolną jamą brzuszną. Guz przepuklinowy, zwisający do worka wodniakowego, musi mieć tylko pojedyńczą i to cienką przeświecającą otoczkę.

Jeżeli przypadek nie odpowiada warunkom powyższym, Selcke wyłącza go z szeregu hernia encystica, zaliczając jedynie do kategoryi przepuklin pachwinowych nabytych, powikłanych wodniakiem jądra.

Jeżeli przyjrzymy się dokładnie przypadkowi naszemu, to i on musi być zaliczony tylko do tej ostatniej kategoryi. Przedewszystkiem podczas operacyi worek przepuklinowy w części swej górnej (zewnątrzwodniakowej) łatwo zupełnie dał się oddzielić od powrózka nasiennego; ściana worka była dość gruba; worek przepuklinowy pozatem, przebiegając wewnątrz worka wodniakowego, dawał się, przynajmniej w części jego górnej, dość łatwo oddzielić od ściany zewnętrznej kanału wodniakowego, co dowodzi, że część przepukliny, znajdująca się wewnątrz worka wodniakowego, miała otoczkę podwójną. Wreszcie pochwa worka wodniakowego otaczała w przypadku naszym tylko połowę dolną worka przepuklinowego.

Wszystko to każe przypadek nasz zaliczyć do przepuklin nabytych i odmówić nazwy hernia encystica. Przypadki wgłobienia worka przepuklinowego w worek wodniaka jądra nietylko pod względem anatomopatologicznym zasługują na uwagę. Mają one, jak sądzę, również znaczenie kliniczne, a mianowicie pod względem rozpoznania, rokowania i leczenia..

Rozpoznanie właściwe może przedstawiać, jak w przypadku naszym, pewne trudności, gdyż trudno jest określić stanowczo, czy wewnątrz napiętego worka wodniakowego znajduje się przepuklina, czy też nie, zwłaszcza, że zawartość jelitowa prze-

pukliny, wciśnięta w ciasny kanał worka wodniakowego, bywa skurczona, pozbawiona gazów, przez co, opukując, możemy wcale nie otrzymać odgłosu bębenkowego; omyłki rozpoznawcze są tutaj możliwe i dlatego, że miejsce, w którem poczyna się wgłobienie, może łudząco przypominać dno kończącego się jakoby tutaj worka przepuklinowego. Przypuszczenie to wydaje się być dla badającego tem bardziej uzasadnione, że wobec rzadkości wgłobienia nie myśli on o niem wcale.

Rokowanie w przypadkach takich jest mniej pomyślne, niż w przepuklinach pachwinowych niepowikłanych, a to ze względu na dwa razy większe szanse zaciśnięcia, które może mieć miejsce nietylko, jak zwyczajnie, w pierścieniu pachwinowym, lecz i w miejscu wgłobienia. Rocher wyraźnie mówi:

> „tutaj szczególnie często spostrzega się zaciśnięcie w miejscu, gdzie worek wodniakowy podlega wgłobieniu“.

Niemniej zasługuje na uwagę i leczenie w przypadkach podobnych. Mianowicie, próby wprawienia bezkrwawego wobec rozpoznania niedokładnego charakteru sprawy i miejsca zaciśnięcia działają zabójczo na pętlę zaciśniętą; operujący, nie podejrzewając nic złego, stara się wtłoczyć przez kanał pachwinowy do jamy brzusznej właściwie nie pętlę zaciśniętą wewnątrz worka wodniakowego, lecz pętlę zupełnie wolną, znajdującą się powyżej zaciśnięcia. Wobec tego jelito ulega mocnemu pociąganiu ku górze, co wobec zmian głębokich w miejscu zaciśnięcia łatwo doprowadzić może do rozerwania ściany jelita ze wszystkiemi tegoż następstwami. Prócz tego przy pociąganiu takiem ulegają znacznym obrażeniom naczynia krezki; łatwo powstają w nich skutkiem tego zakrzepy, powodujące zgorzel przedwczesną pętli zaciśniętej. Zdaje mi się, że właśnie forsowne i długotrwałe próby wprawienia, wykonywane przez domorosłego operatora wiejskiego, doprowadziły w przypadku naszym do zgorzeli jelita i sieci. W każdym razie stopień zaciśnięcia, znaleziony podczas zabiegu operacyjnego, nie był tak wysoki, żeby im tylko jedynie można było sobie objaśnić zgorzel, nawet po dniach pięciu trwania zaciśnięcia. Z powyższego wynika, że jeżeli dzisiaj wogóle w każdym przypadku przepukliny zaciśniętej na pierwszem miejscu, wbrew przestarzałej zasadzie Tirmana, kładziemy zabieg krwawy, zabieg taki

jedynie i wyłącznie stosować należy w przypadkach przepuklin powikłanych wodniakiem jądra, a to wobec możliwości wgłobienia, którego można nie rozpoznać należycie przed zabiegiem, lecz przypuszczać zawsze należy.

Na zakończenie słów parę chcę poświęcić sprawie sposobu łączenia odcinków jelita po wycięciu. W przypadku naszym zastosowaliśmy połączenie boczne (side-to-side), głównie z powodu znacznej różnicy w wymiarach światła odcinków. Połączyliśmy w kierunku przeciwnym ruchowi robaczkowemu jelit, gdyż połączenie w kierunku, odpowiadającym ruchowi temu, w danych warunkach wywoływało silne przegięcie odcinka doprowadzającego. Sposób połączenia bocznego, wprowadzony przez Brunsa i zmodyfikowany przez Freya, znalazł licznych zwolenników. Podnoszono, jako główne jego zalety: możność łączenia odcinków o znacznej różnicy w świetle, możność łączenia dowolnie szerokich powierzchni surowicówkowych; możność wykonania otworu wielkości dowolnej; a zwłaszcza bardzo dobre warunki odżywiania linii szwu.

Jednocześnie zarzucano sposobowi łączenia end-to-end możliwość zwężeń następczych; niepomyślne warunki odżywiania linii szwu, niemożność uniknięcia przy zeszywaniu miejsca przyczepu krezki, niepokrytego otrzewną, które to miejsce stanowi wskutek tego miejsce b. mało pewne dla szczelności i pewności szwu. Wskutek przyczyn powyższych po sposobie tym częściej występuje niedostateczność szwu, zgorzel brzegów odcinków połączonych ze wszystkiemi tegoż następstwami, jak przetoki kałowe lub zapalenie otrzewnej rozlane.

Między innymi gorącym zwolennikiem sposobu side-to-side jest Hofmeister. Z entuzyazmem wprost traktuje on sposób ten, zwłaszcza w modyfikacyi Freya, i wystawia go, jako jeden z warunków koniecznych zejścia pomyślnego po wycięciu jelita, podległego zgorzeli wskutek zaciśnięcia.

Okazuje się jednakże, że i ten sposób ma swoje strony słabe. Pomijając, że jest on więcej złożony, spostrzegano po nim dość często objawy niedrożności jelit pooperacyjnej. Sam Hofmeister, gorący jego zwolennik, na 17 przypadków wycięcia jelita z bezpośredniem zeszyciem odcinków miał 4 razy zejście śmiertelne, a przyczyny tegoż były następujące: w jednym

przypadku przecięcie przez szew brzegu zeszytego na głucho kikuta odcinka doprowadzającego; w dwóch — utrwalone przez lekki zrost przegięcie ramienia odprowadzającego bezpośrednio koło miejsca zespolenia; w jednym—skręcenie odcinków w miejscu zeszycia i uciśnięcie ich pomiędzy miejscem przyczepu krezki. Widzimy więc, że wszystkie przypadki śmiertelne u Hofmeistera miały, jako przyczynę, zmiany albo w samem miejscu zespolenia, albo tuż koło miejsca tego położone. Chociaż sam Hofmeister przyczynę główną widzi w niedostatecznie obszernem wycięciu odcinka doprowadzającego, jednakże nie da się wyłączyć, że i sam sposób zespolenia bocznego odegrał tu pewną rolę. Tak właśnie zapatruje się na tę sprawę Martina, który za pewniejszy uważa sposób łączenia end-to-end, niż side-to-side. Uniknąć przy tym ostatnim sposobie przegięć i skręceń, pomimo nawet wprowadzenia i ułożenia pętli zeszytej pod kontrolą wzroku, zdaniem Martiny — niepodobna.

Nasz przypadek, jak widzieliśmy, miał zejście śmiertelne śród objawów wyraźnej niedrożności pooperacyjnej. Wprawdzie sekcyi zwłok wykonać nie udało się, lecz objawy kliniczne, jak wzdęcie, ograniczone do poprzecznicy i zstępnicy, wskazywały, zdaje się, wyraźnie, że przyczyna niedrożności leżała w miejscu zespolenia odcinków esicy. Z tego względu nasz przypadek wraz z innymi podobnymi mógłby do pewnego stopnia przemawiać przeciwko sposobowi łączenia bocznego. Naturalnie, że, jak w każdej dziedzinie, tak i tutaj, wskazane są dalsze spostrzeżenia i doświadczenia.

PIŚMIENNICTWO.

1. Bergmann i Bruns. Handbuch der praktischen Chirurgie.
2. Kocher. Krankheiten der mannlichen Geschletsorgane.
3. Benno Schmidt. Die Unterleibsbrüche.
4. Maydl. Die Lehre von den Unterleibsbrüchen.
5. Selcke. Ueber die Hernia processus vaginalis encystica. Beitrage z. klin. Chirurgie. T. 22.
6. Bundschuh. Zur Pathologie und Therapie der Brucheinklemmung. Beitrage z. klinischen Chirurgie. T. 31.

7. Konrad Brunner. Herniologische Beobachtungen. Beiträge z. klin. Chirurgie. T. 4.
8. Hofmeister. Ueber die Behandlung brandiger Brüche mit primärer Darmresection. Beiträge z. klin. Chirurgie. T. 28.
9. Küttner. Die seitliche Darmvereinigung mit Verschluss der Darmenden nach v. Frey, als Ersatz der zirkulären Darmnaht. Beiträge z. klin. Chirurgie. T. 17.
10. Weyprecht. Erfahrungen über die Operation des eingeklemmten Bruches. Archiv für klinische Chirurgie. T. 71.
11. Martina. Ueber primäre Darmresectionen bei gangränösen Hernien. Archiv. für klinische Chirurgie. T. 71.

Przypadek nadmiernie rozdętego pęcherza moczowego u płodu niedonoszonego

podał

JÓZEF JAKOWSKI.

asystent oddziału ginekologicznego Szp. Przemienienia Pańskiego na Pradze.

Dnia 5 sierpnia 1908 roku o godz. 8 wiecz. przybyła do przytułku położniczego № 4 na Pradze wieloródka lat 39-ciu. Budowa ciała prawidłowa; odżywianie zupełnie wystarczające. C.° 37,0, T. 88. Poprzednio urodziła 10 razy bez pomocy lekarskiej; ostatni poród przed 2 laty 3 miesiącami. Daty ostatniego peryodu nie pamięta. Dnia pierwszych ruchów dziecka również w obecnej ciąży nie pamięta, jak wreszcie nie może powiedzieć, czy i kiedy odeszły wody płodowe.

Badanie zewnętrzne ustaliło fakty następujące: silnie rozdęty brzuch, dno macicy dosięgało wyrostka mieczykowatego. Ruchów płodu, jak również i chełbotania nie wyczuwało się, bicia serca płodu nie słychać, u chorej ani na kończynach dolnych, ani na organach płciowych zewnętrznych obrzęków niema.

Badanie wewnętrzne wykazało, że usta maciczne są rozwarte na 3 palce; szyja maciczna jest prawie zupełnie wygładzona, brzegi ujścia zewnętrznego dość grube, w szerokiej części próżni miednicy małej wymacuje się pęcherz płodowy silnie napięty, przyczem ściany pęcherza wydają się niezwykle grube. Części przodującej płodu nie można wyczuć.

Przebieg porodu. Bóle zaczęły się o godz. 8 rano 4 sierpnia, były dość silne, jednakże ustawały nieraz na kilka godzin. Po przybyciu kobiety do przytułku bóle dość silne z początku później osłabły. Macica nawet podczas przerwy w bólach jest silnie napięta.

Wobec zadawalającego stanu ogólnego chorej zbadałem ją po raz wtóry dopiero o godz. 10 rano dnia 6 sierpnia. Znalazłem otwarcie na 3½ palca; brzegi ujścia zewnętrznego ścieńczone. Znowu nie wyczułem przodującej części płodu, nie mogłem wysłuchać bicia serca płodu.

Przypuszczając, pomimo zupełnego braku chełbotania, nadmiar wód, chciałem chorą rozwiązać przy otwarciu na 3½ palca i cienkich brzegach szyi; miałem nadzieję, że będę miał lekki poród, gdyż mogłem spodziewać się albo bliźniąt niedorozwiniętych, albo potworka półgłowego, co zdarza się nieraz wobec nadmiaru wód. Z przyczyn jednak odemnie niezależnych musiałem wstrzymać się z operacyą, na co zresztą zgodziłem

się wobec zadawalającego ogólnego stanu chorej. Tegoż dnia po południu zjawiły się u chorej bóle mocniejsze, i kiedy zbadałem ją o godz. 7 wieczorem, znalazłem zupełnie zatarte brzegi ujścia zewnętrznego, co spotyka się nader rzadko u wielorództek, i wobec tego natychmiast przystąpiłem do operacyi.

Zabieg operacyjny. Do operacyi przystąpiłem bez uśpienia kobiety, szykując się do przerwania pęcherza i zrobienia obrotu, ewentualnie — wydobycia płodu za nóżki. Ponieważ palcami nie mogłem przerwać pęcherza



Rys. 1.

płodowego, wziąłem Kochera, który przygotowałem sobie zawczasu ze względu na grube błony, i przedziurawiłem nim wrzekome błony płodowe. Wylała się natychmiast ogromna ilość wód — około 2-ch litrów, i zaraz potem odbył się poród dziecka ciałkiem, złożonem we dwoje: najprzód brzuszek, potem kończyny dolne i górne, a na ostatku głowa. Łożysko odeszło po upływie pół godziny; znaczniejszego krwawienia po porodzie nie było. Pacyentka w połogu nie gorączkowała, wypisała się zdrowa 9-go dnia po porodzie.

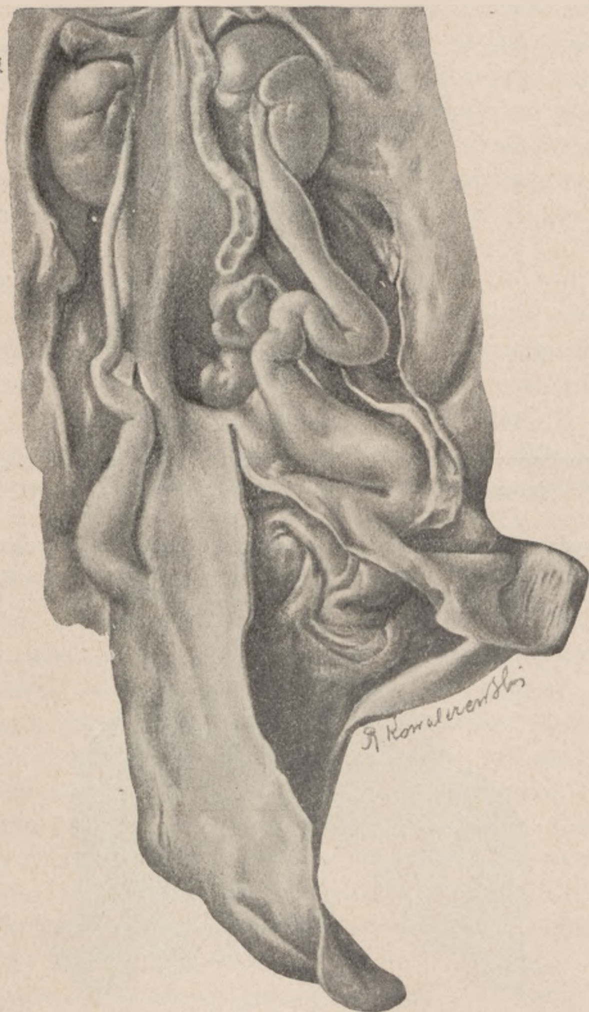
Badanie sekcyjne płodu, wykonane przez D-ra Dmochowskiego, wykazało. Płód płci męzkiej, niedonoszony, zmacerowany, obwód brzucha 56 cm., kończyny górne i dolne spłaszczone, główka nieznacznie również; wyglądało tak, jak gdyby były one spłaszczone wskutek ucisku pomiędzy ścianą brzuszka dziecka a ścianą macicy (Patrz rys. 1 i 2). W mosznie brak jąder, prącie istnieje, aczkolwiek bez śladu ujścia cewki moczowej. Narządy klatki piersiowej w stanie ucisku W jamie brzusznej widać znacznie



Rys. 2.

rozszerzony pęcherz moczowy ze ścianami grubości ± 1 mm. Pęcherz ten sięga powyżej spojenia aż na 13 cm. Wymiar pęcherza poprzeczny 7 cm. Nerki zmienione, szczególniej lewa, która jest wybitnie poprzerastana tkanką łączną; wymiar pionowy lewej nerki 2,4 cm., poprzeczny 0,9 cm., strzałkowy 9,3 cm., wymiar pionowy prawej nerki 2,3 cm., poprzeczny 1,2 cm., strzałkowy 0,8 cm. (Patrz rys. 3). Widać nader rozszerzone zupełnie drożne moczowody obydwa jednakowej długości — 9 cm., średnica jednak w najszerszem miejscu lewego 1 cm., gdy prawego 0,6 cm. Z pęcherza do mo-

czowodów można swobodnie przeniknąć z pomocą cienkiego zgłębnika — natomiast ujścia cewki moczowej w pęcherzu moczowym odnaleźć nie można, jako też i prącie na całym swoim przebiegu posiada cewkę zarośniętą



Rys. 3.

obok zupełnie dobrze rozwiniętych ciał jamistych prącia i ciała jamistego cewki, co stwierdzono i badaniem mikroskopowem (Rys. 4). Moczownika (urachus) ani śladu (badanie mikroskopowe), w pępowinie żyła pępowinowa dobrze roz-

winięta—natomiast jedna z tętnic pępowinowych znacznie mniejsza, t. j. z węższem światłem, niż druga (Rys. 5). (Badanie mikroskopowe dokonane przez Dra L. Paszkiewicza).

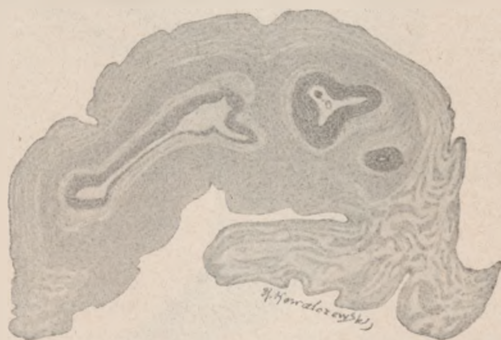
Podane powyżej fotografie dziecka — zdjęcia przednie i tylne — do-



Rys. 4.

Obraz mikroskopowy prącia: widać u góry ciała jamiste prącia, u dołu ciało jamiste cewki mocz., tej ostatniej wcale niema.

skonale uwydatniają stosunek powiększonego znacznie brzucha do kończyn i główki — (przekłuty i opróżniony brzuch wypełniony płynem przed fotografowaniem). Oprócz tego załączam powyżej rysunek wnętrza jamy brzusz-



Rys. 5.

Papowina, widziana pod mikroskopem.

nej, na którym doskonale można zauważyć kierunek przebiegu rozszerzonych moczowodów, jak również i rozdęty pęcherz (Rys. 3). Tu obok również przedstawiam i preparaty mikroskopowe.

Omawiając przypadek, zaznaczyć muszę dziwny, bądź co bądź, przebieg porodu. Z odnośnego piśmiennictwa ostatnich lat 50-ciu tylko, zdaje się, Charpentier opisał przypadek z podobnym przebiegiem porodu, miał on jednak do czynienia z ciążą 5-cio miesięczną, czem łatwo można objaśnić sobie przodowanie brzuszkiem; rozwiązał przypadek w ten sam sposób. W większości jednak przypadków w główkowych położeniach, nakładając kleszcze, urywano główkę, a dopiero potem, rozpoznawszy rozszerzenie brzucha dziecka, przekłuwano tenże; w nóżkowych położeniach kończono poród pociąganiem nieraz i bez przekłucia, jak to opisał Müller w 1893 r., wody same odeszły.

Ostatni opisany przypadek przez Spiera w 1907 r. ukończono podobnież urwaniem głowy po nakładaniu kleszczy — a potem, po przekłuciu brzucha i pęcherza, pociąganiem. Charakterystyczne jest, że fotografia potworka Spiera jest prawie podobna do fotografii przeze mnie wyżej podanej.

Jako przyczynę nadmiernego rozdęcia pęcherza moczowego podają zarośnięcie lub brak cewki moczowej, jeżeli uchyłek skórny Wincklla nie spotka się z samą cewką pęcherzową. Jednak nie jest to zupełnie pewne, gdyż możliwe jest urodzenie się dziecka z zarośnięciem cewki moczowej, gdzie uryna odchodziła przez moczownik, pozostały otwartym. — Podobny przypadek operował Cabrol przed 300 laty — 18 letnią dziewczynę; inne operowali — Moreau i Oberteufer. Przyczyny nadmiernego rozdęcia pęcherza moczowego należałoby raczej szukać w obecności tylko jednej tętnicy pępowinowej, lub niedorozwoju tejże — obok równoczesnego braku cewki moczowej i niedrożności zupełnej moczownika. Spicer jest zdania, że obecność jednej tętnicy pępowinowej zmusza nerki płodu, zazwyczaj słabo czynnościowe, do wzmożonej działalności z powodu zaburzeń, t. j. przeszkód w krążeniu krwi łożyskowem. Jedną tętnicę pępowinową spostrzegał Rose — Wolff i Spicer. W moim przypadku jest niedorozwój jednej tętnicy. Ciż sami spostrzegali nadmierne rozdęcie moczowodów, jak i w moim przypadku, a Ahlfeld nawet miał rozdęte moczowody w formie dużych guzów, do których przylegały zwyrodniałe nerki. Nadmierne rozdęcie pęcherza moczowego, jak w opisanym tu przypadku, zdarza się rzadko: podług Ahlfelda, wiele przypadków, opisywanych,

jako takie, po dokładniejszem badaniu nie przedstawiały nic innego, jak kloaki albo wysiękową postać gruźlicy otrzewnej, jak np. przedstawiony przed kilku laty na posiedzeniu ginekologicznem przypadek Dra Stefana Janczewskiego.

Wywiady najczęściej nie dają wyników stałych — niektóre chore tylko zauważyły dość prędkie powiększanie się brzucha w ostatnich tygodniach przed rozpoczęciem porodu, i wskutek tego uczuwały trudność w chodzeniu; wszystkie prawie nie pamiętały pierwszych ruchów dziecka, a głównie czy i kiedy wody odeszły z chwilą rozpoczęcia porodu. Częściej spotykano rozdęcie pęcherza u dziecka u wielорódek, aniżeli u pierwiastek.

Rozpoznanie dość łatwe: od nadmiaru wód płodowych odróżnia się brakiem chełbotania i naprężenia, brakiem bicia serca i ruchów płodu.

Przyczyny przedwczesnych porodów z nieżywemi dziećmi należy szukać, według Rosego, w tem, że dzieci obumierają, ponieważ ich serce, leżące na rozdętym brzuchu, jak na kowadle, wskutek nadmiernego podniesienia ciśnienia krwi nie może podołać pracy.

Nadmiernie rozdęta macica reaguje skurczami i sprowadza poród, jak to ma nieraz miejsce w przypadku bliźniąt.

Rokowanie dla matek dobre, o ile były one w porę i należycie rozwiązane; dla dzieci — zawsze złe, gdyż nawet dzieci, urodzone żywe, prędko bardzo obumierają — wyjątek stanowią przypadki Cabrola i Rosego i innych z wrodzonemi przetokami moczownika; przypadek Cabrola, wyżej wspomniany, przypadek Rosego, gdzie po usilnych próbach udało się przekłuć przeszkodę w cewce prącia, a później dopiero zagoiła się ranka w pępku — na miejscu moczownika, przez którą odpływał mocz. Traktowanie takich przypadków — to przekłucie, po rozpoznaniu, jamy brzusznej, ewentualnie pęcherza, wypełnionego moczem, a potem dopiero wydobycie płodu.

W końcu nadmienię o przypadku, który miałem 30 stycznia 1908 r., a który rozwiązałem w sposób, w jaki były rozwiązywane chore, rodzące dzieci z wrzekomem lub prawdziwem rozdęciem pęcherza moczowego w czaszkowem położeniu.

Byłem zawezwany do pierwiastki lat 19, u której wody odeszły przed kilkunastu godzinami i u której otwarcie pełne

macicy było już od 6 godzin, a jednak, pomimo silnych bólów, urodzić dziecka nie mogła. Badając zewnętrznie, znalazłem znacznie rozdęty brzuch, brak bicia serca płodu, ciepłota i tętno prawidłowe. Badając wewnętrznie, znalazłem główkę dziecka już zmacerowanego w wązkiej części próżni miednicy; otwarcie pełne. Nałożyłem kleszcze, główka po kilku pociąganiach obsunęła się tylko do wyjścia, zdjąłem kleszcze i, mając możność dojść palcami do szyi płodu, starałem się główkę wydobyć na zewnątrz; lecz zamiast tego — urwałem ją. Podejrzewając jakąś przeszkodę, wprowadziłem rękę do macicy i, znalazłszy kolosalnie rozdęty brzuch dziecka, palcem przekłułem ścianę brzuszną, wypuściłem płyn i dopiero potem ukończyłem poród przez pociąganie za rączkę płodu — (jedna urwała się). Łożysko odeszło po $^1/_2$ godziny — pęknięte nieznacznie krocze zeszyłem.

Odrazu domyśliłem się, że mam do czynienia z ascites u płodu na tle syfilisu, co potwierdziły potem wywiady. Ojciec dziecka przechodził syfilis, matka podczas ciąży przyjmowała jod.

Poproszony przezemnie jeden z kolegów — już po porodzie — potwierdził moje przypuszczenie. Chora nie gorączkowała, na kroczu rychłozrost. Na nieszczęście, dokładne badanie sekcyjne jamy brzusznej i organow, w niej zawartych, nie było uskutecznione.

PIŚMIENNICTWO.

1. Klinik der Geburtskunde. S. 122. Hecker. 1861 r.
2. Monatsschrift f. Geburtskunde. S. 425. Rose. 1865 r.
3. Archiv f. Gynekologie Bd 2, S. 280. Olshausen. 1869 r.
4. Archiv f. Gynekologie Bd 4, S. 161. Ahlfeld. 1875 r.
5. Archiv f. Gynekologie Bd 43, S. 833. Szwyzer. 1891 r.
6. Archiv f. Gynekologie Bd 47, S. 130. Müller. 1893 r.
7. Monatsschrift f. Geburt. et Gynek. Bd III. Neuman. 1895 r.
8. Lehrbuch der Geburtshilfe. Ahlfeld. 1898. r.
9. Archiv f. Gynekologie Bd 65, S. 299. Wolff. 1900 r.
10. Monatsschrift f. Geb. und Gynek. Czerwiński. 1901 r.
11. Royal Society of Medicine. Spicer. 1907 r.
12. Charpentier. Traite pratique des acouchements.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 9 września 1910 r.

(Dokończenie — patrz Tom IV, zeszyt 1, str. 122).

3. *Sawicki B.* przedstawia rysunki i daje opis dwóch przypadków rozległych naczyniaków (haemangioma).

I. W. K. lat 43, włościanka z Suwalskiego, zapisała się do szpitala Dzieciątka Jezus 17 czerwca 1910 r. z powodu rozległego guza na twarzy. Chora opowiada, że w dzieciństwie utworzyły się jej na skórze dwa sinawe guziki: jeden pod prawem okiem, drugi — na górnej wardze. Guziki te stopniowo powiększały się, aż się zlały ze sobą, i wytworzyły jeden guz, który jakoby od lat kilkunastu już nie zmienia się.

Badając, znajdujemy: prawy policzek i górną wargę zajmuje rozległy, zwisający ku dołowi guz, który trzęsie się przy każdem poruszeniu głową. (Rys. 1 i 2). Od góry guz zaczyna się na wysokości łuku jarzmowego, i tu zajmuje on zewnętrzną połowę górnej powieki oraz całą dolną powiekę. Na linii przyśrodkowej guz przechodzi na prawą połowę nosa, pozostawiając wolnym tylko grzbiet tegoż, i część prawego skrzydła. Następnie guz zajmuje całą górną wargę, która zwisa ku dołowi, trzęsąc się przy każdem poruszeniu. Z górnej wargi guz przechodzi do prawego kąta ust, a następnie zajmuje na niewielkiej przestrzeni dolną wargę, ta ostatnia, wskutek silnego pociągania jej ku dołowi przez guz, jest opuszczona, wywinięta i tworzy rodzaj rynienki, przez którą wciąż spływają śliny nazewnątrz. Od dołu guz kończy się przy dolnym brzegu żuchwy. Linia boczna guza przebiega przed uchem. Skóra, pokrywająca guz, jest nierówna, niejednakowo zabarwiona, miejscami zabarwienie jej zbliża się do prawidłowego, w innych zaś miejscach jest sinawe lub zupełnie sine. Te ostatnie miejsca swym wyglądem przypominają żylaki na nogach. Śluzówka, pokrywająca górną wargę, policzek, podniebienie miękkie wraz z języczkiem oraz część podniebienia twardego jest sinawo zabarwiona i usiana licznymi żylakowatymi guziczkami.

Na dolnej powiece śluzówka tworzy silne wypuklenie, usiane licznymi ciemnoczerwonymi guziczkami, z których każdy ma wielkość ziarnka socze-

wicy do ziarnka grochu. Na zewnętrznej części białkówki prawego oka tuż przy rogówce znajdujemy ciemnoczerwony zwisający guzik wielkości ziarnka fasoli. Guz policzka i wargi górnej jest na całej przestrzeni miękki, pod uciskiem znacznie zmniejsza się w swej objętości.

Znaczne zniekształcenie przedstawiają obie szczęki i zęby. Wyrostek zębodołowy górnej szczęki w okolicy prawego kła i obu małych zębów trzonowych tworzy wygięcie ku linii pośrodkowej, wskutek tego te zęby tak zbliżają się do odpowiednich zębów po stronie lewej, że przestrzeń pomię-



Rys. 1.

dzy nimi wynosi zaledwo 1 cm. Lewa połowa żuchwy przedstawia się spłaszczoną w stosunku do prawej. Wszystkie siekacze dolne, kieł, trzonowe małe i pierwszy trzonowy duży w żuchwie są mocno skupione i pochylone ku stronie lewej, a siekacze nadto skręcone w kierunku osi. Dolne siekacze znacznie wychodzą przed górne. Przy zwarciu szczęk stykają się ze sobą częściowo tylko lewe zęby trzonowe małe; inne zęby zupełnie nie stykają się.

Chora osłabiona, wątła, anemiczna. By zmniejszyć krwawienie w przebiegu operacyi, S. w dniu 24 czerwca podwiązał tętnicę szczękową zewnętrzną, która okazała się stosunkowo cienką, a nadto wprowadził w roz-

maite okolice guza 30 igiełek magnezowych. Na nieszczęście nie można było potem wyczekać w ciągu odpowiedniego czasu, ponieważ chora ze względu na koszta pobytu w szpitalu parła do operacyi. Wobec tego wypadło w 11 dni po wprowadzeniu igieł magnezowych wykonać usunięcie guza. W tym celu S. wykonał cięcie poprzeczne na prawym policzku oraz rozpołowił wargę górną cięciem, poprowadzonem na jej wolnym brzegu. Okazało się, że zarówno w wardze górnej, jak i policzku mięśnie uległy zupełnemu zniszczeniu: zastąpiła je tkanka gąbczasta, krwią przepojona,



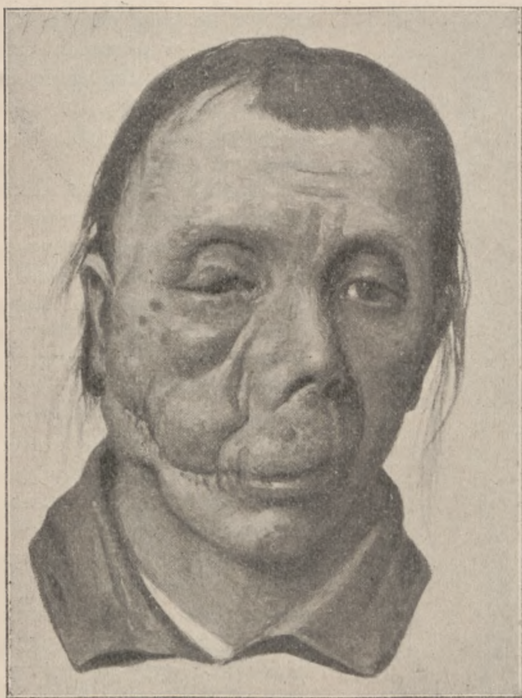
Rys. 2

która na przekroju przedstawiała przeważnie małe oczka, niekiedy jednakże i dość znaczne jamki (haemangioma simplex et cavernosum). Tam, gdzie leżały igły, wytworzyły się już większe lub mniejsze zakrzepy. Wogóle krwawienie było dość znaczne. Gdyby igły były leżały dłużej, krwawienie, według wszelkiego prawdopodobieństwa, byłoby znacznie mniejsze.

Wyseparowawszy przewód Stenona, usunięto na całej rozciągłości zmienioną tkankę z policzka aż powyżej łuku jarzmowego, pod który ona wchodziła. Odcięto znaczną część skóry, jamę napełniono gazą, poczem brzegi rany skórnej zeszyto bez pozostawienia narazie rozporka, by skuteczniej zapobiedz późniejszemu krwawieniu. Także usunięto tkankę jami-

stą z miąższu wargi górnej, pozostawiając tu prawie całą skórę i śluzówkę, które zespolono szwem ze sobą.

Po operacyi chora bardzo osłabiona. Wstrzyknięto podskórnie 500 cm. sz. fiz. roztworu soli i 200 cm. sz. 2% roztworu żelatyny. Przeznaczono wstrzykiwania kamfory. Wieczorem chora mocno osłabiona, tętno słabe Wstrzyknięto znowu 600 cm. sz. fiz. roztworu soli. Następnego dnia chora czuje się lepiej. Gazę w ranie trzymano 5 dni, poczem część szwu zdjęto i gazę usunięto.



Rys. 3

D. 1 sierpnia wykonano operacyę dodatkową, by poprawić lewy kąt górnej wargi oraz wyciąć na prawym policzku część skóry, której okazał się nadmiar. D. 25 sierpnia chora opuściła szpital zagojona. Usta nieco przeciągnięte na lewo, niewielkie, lecz wystarczające. Dolna warga ruchoma, dokładnie przylega do górnej, i ślina nie wypływa. Na skórze górnej wargi małe naczyniaki, które się zresztą nie powiększają. Prawe skrzydło nosa nieco opuszczone i wierzchołek nosa skierowany zlekka na lewo. Twarz chorej uzyskała wygląd bardziej prawidłowy, nie tak rażący, jak poprzednio, tak że chora jest ze swego stanu bardzo zadowolona i nie potrzebuje się stale zasłaniać chusteczką. (Rys. 3).

II. Uczeń l. 18, izaelita, opowiada, że od urodzenia miał siną plamę na zewnętrznej powierzchni prawego uda i goleni. W parę lat po urodzeniu na zewn. powierzchni tejże goleni zjawiły się wyraźne żylakowate rozszerzenia, które od czasu do czasu dawały krwawienia. Żylaki te w ciągu ostatniego $1^1/_2$ roku znacznie powiększyły się i częściej dawały krwawienia, które w ostatnim miesiącu powtarzały się codziennnie.



Rys. 4.

Od 2 lat pacyent nosi opaskę sprężystą. Od lat paru miewa bóle w chorej nodze, które w ostatnich czasach wzmogły się i utrudniają chodzenie. Pozatem pacyent miewa od czasu do czasu kwawienia z szyszek stolcowych, które pokazały mu się przed 4 laty.

Badanie wykazało: na zewnętrznej powierzchni prawej kończyny dolnej znajdujemy czerwono-sine zabarwienie skóry, mające wygląd plamy z ostro ograniczonymi, nierównymi brzegami. Zabarwienie to zajmuje: zewnętrzną połowę grzbietu stopy wraz z trzema zewnętrznymi palcami, zewnętrzno-tylną powierzchnię goleni i kolano wraz z łydką, zewnętrznotylną powierzchnią uda do $^1/_3$ górnej części tegoż. (Rys. 4). Wzdłuż całej tej plamy na zewnętrznej powierzchni kończyny przebiegają znacznie rozszerzone żyły, tworzące liczne guzy na kształt tych, które często spotykamy na wewnętrznej powierzchni przy żylakowem rozszerzeniu żyły podskórnej większej. Gdy chory nogę opuszcza, plama staje się ciemno-sina i guzy żylakowe mocno napełniają się i wystają. Skóra na nich, w wielu miejscach bardzo ścieńczona, rodzi obawę pęknięcia. Pozatem w wielu miejscach widzimy czarne punkciki, mające wygląd kropelek zaschłej krwi. Na tych miejscach zwykle powstawały krwawienia.

D. 17 czerwca 1910 r. S. wykonał choremu operacyę w szpitalu Dzieciątka Jezus. Cięciem na całej długości plamy obnażył grubą gałęź żyły, która dawała liczne boczne rozgałęzienia. Całą tę gałęź z rozgałęzieniami, o ile tylko było to możliwe, S. wyciął, ranę zaszył. Gojenie ciągnęło się długo z powodu nagromadzenia się krwi pod skórą wskutek czego w paru miejscach brzegi rany skórnej rozeszły się. Te wła-

śnie miejsca goiły się wolno i dawały uporczywe krwawienia po każdej zmianie opatrunku. Dla zmniejszenia tej krwawliwości parokrotnie wstrzykiwano po 100 cm. sz. 2% roztworu żelatyny pod skórę. W miejscach już dawno zagojonych zbierała się pod skórą krew, co sprawiało choremu ból przy ruchach. Wypadało za pomocą nakłuć krew wypuszczać i stosować ucisk, po czem zwolna jama zarastała.

Chory opuścił szpital dopiero 11 września 1910 r. wygojony. Chodząc, skarżył się jeszcze na niewielki ból w zewnętrznej części stopy.

Ze względu na rozlane naczyniakowe zwyrodnienie skóry zalecono choremu przeprowadzić dalsze leczenie za pomocą radu, czego jednakże on ze względów materyalnych wykonać nie mógł. Po opuszczeniu szpitala chory kilkakrotnie pokazywał się. Żylakowe rozszerzenia nie wytwarzały się, jednakże czarne centki, które przed operacyą często tworzyły się, dawały krwawienia, zaczęły zjawiać się i teraz w większej liczbie. Raz w nocy chory rozdrapał taką centkę na udzie i tem wywołał bardzo silne krwawienie.

A. WERTHEIM.

Posiedzenie dnia 20 października 1910 r.

1. *Gelbard.* Złamanie szczęki dolnej w oświetleniu chirurgicznem, dentystycznem i rentgenograficznem.
2. *Wertheim.* Historya choroby chorego po zespoleniu nerwu twarzowego z podjęzykowym.
3. *Krauze.* Opis przypadku ciąży zamacicznej, w którym wykonano operacyę wczesną w mniemaniu, że jest to zapalenie wyrostka robaczkowego.
4. *Kiełkiewicz.* Pokaz nerki, usuniętej z powodu gruźlicy w okresie wczesnym.
5. *Stankiewicz Cz.* Pokaz przyrządu projekcyjnego do preparatów mikroskopowych.

1. *Gelbard.* Złamanie szczęki dolnej w oświetleniu chirurgicznem dentystycznem i rentgenograficznem.

Złamania szczękowe przedstawiają się różnorodnie i klasyfikacya tych złamań, podana przez prof. Alberta, jeszcze nie wyczerpuje wszystkich przypadków. Do każdego przypadku musimy odnieść się krytycznie i indywidualizować go pod względem rozpoznawczym i leczniczym.

Ten pogląd podzielają i Eiselsberg i prof. Bergman. Leczeniem złamań szczękowych zajmują się specyaliści i wielkie zasługi na tem polu położyli: Port, Weiser, Partsch, Marschall, Schröder, Witzel, Röse, Lauer, Hauptmeyer i inni. Są to przeważnie chirurdzy-stomatolodzy.

Klasyfikacya Alberta: 3 duże grupy i każda z tych grup rozpada się na podgrupy. Albert nie wspomina o kierunku linii złamania, o przemieszczeniu odłamów, i czy odłamy posiadają zęby. Wszystko to musi być przyjęte pod uwagę w leczeniu złamań szczęk.

Statystyka złamań szczękowych: 1,7%—2,3% do 7% w stosunku do ogól-

nych złamań kostnych; częściej u mężczyzn, lata od 12—53. Okres leczenia od 23—93 dni. Przyczyny — uraz.

Rozpoznanie chirurgiczne nie przedstawia się trudnem. Trudności mamy w rozpoznaniu nadłamań, złamania bez przemieszczenia, złamania samego wyrostka zębodołowego, szczególnie kiedy mamy duże obrzmienie i trudno drogą obmacywania prowadzić badanie. W wątpliwych przypadkach wiele nam pomaga, podług Wohlmera, rentgenografia; lecz, w razie wyniku ujemnego tego rodzaju badania, należy zrobić 2 — 3 zdjęcia w różnych projekcyach, żeby stwierdzić, że w samej rzeczy niema złamania. W złamaniu wyrostka stawowego porównywamy na kliszy obie strony i wtedy lepiej daje się określić złamanie.

W leczeniu złamań szczękowych uciekamy się do zabiegów chirurgicznych (szwy kostne, sztyfty z kości słoniowej; wbijane do kanału żuchwowego i t. d.), lub do środków dentystycznych, do tak zwanych szyn. Wiele typów tych szyn mamy w piśmiennictwie: Lauera, Webera, Hanna, Hammauda,Kingsleya, Rosego, Hauptmeyera, Rüthenika, Bleichsteinera i t. d. Leczenie za pomocą szyn okazało się korzystniejsze dla chorego: czynność szczęki zachowana, blizna kostna tworzy się prędzej, unieruchomienie odłamów jest dostateczne, i nie trzeba złamania poddziąsłowego zamieniać w złamanie powikłane.

Przypadek własnej praktyki: F. S. 7 lat. D. 3 lipca spadła ze schodów i nastąpiło złamanie dolnej szczęki między kłem mlecznym i mlecznym małym siekaczem z prawej strony. Pacyentka ma tylko mleczne zęby. Był duży obrzęk. Po 8-iu dniach rodzice zauważyli, że chora nie zamyka prawidłowo szczęki i zwrócili się do mnie. Na 10-y dzień po złamaniu zdecydowałem się na prawidłowe zestawienie odłamów, które już były trochę umocowane w nieprawidłowej pozycyi, i za pomocą szyny szczękowej w ciągu 3-ch tygodni nasąpiło połączenie odłamów. Oprócz tego pacyentka nosiła zewnętrzną opaskę Hamiltona. Po 3-ch tygodniach zrobiłem zdjęcie rentgenograficzne: mamy wyraźnie sformowaną bliznę kostną.

Z rentgenogramatu widzimy, że zaczątek stałego kła wpadł w bliznę złamania i to może dać pewne trudności w zestawieniu odłamów. U starszych osób również i retencyjne zęby mogą stanowić tę samą przeszkodę.

Widzimy również, że cały wyrostek zębodołowy zajęty korzeniem mlecznego kła, a masa kości szczękowej—zaczątkiem stałego kła. Na miejscu kła u dzieci będziemy zawsze mieli miejsce zmniejszonej odporności i to miejsce będzie typowem miejscem złamania żuchwy. Dopiero po pojawieniu się stałych zębów kość szczękowa w tem miejscu rozwija się więcej i nabiera pewnej mocy (Atlas Witzla, Rankina).

Zestawienie odłamów, kiedy masa kostna słabo rozwinięta, przedstawia duże trudności i umocnienie nie jest łatwe. To wszystko musi być wzięte pod uwagę w leczeniu złamań szczękowych u dzieci do 13—14 lat.

Leśniowski zapytuje, jakie w chwili obecnej używane są tanie i praktyczne przyrządy do leczenia złamania żuchwy, szczególnie—wyrostka stawowego. Gelbard poleca aparat Angla.

2. *Wertheim* przedstawia fotografie chorego, u którego przed 20 miesiącami z powodu trwającego od roku całkowitego, pooperacyjnego porażenia nerwu twarzowego, wykonał zespolenie jego z nerwem podjęzykowym w ten sposób, że przeciął n. twarzowy przy for. stylo-mad. i zespolił go z płatem, wykrajanym z nerwu podjęzykowego. W chwili obecnej nastąpiła wyraźna poprawa asymetryi twarzy w spokoju, oraz wybitna poprawa ruchów dowolnych grup mięśni, unerwionych przez n. twarzowy. Jednakże ruchy te można nazwać współczynnymi, zależą bowiem od ruchów, wykonywanych jednocześnie przez język. Lewa połowa języka w stanie częściowego zaniku. Odczyn mięśni na prądy faradyczne nieznaczny. Odczyn zwyrodnienia ustąpił częściowo. W związku z powyższą historyą choroby W. wypowiedział słów kilka o historyi operacyi powyższej, wskazaniach, wynikach i metodyce.

Leśniowski operował przypadek analogiczny, stosując metodę, opisaną przez prelegenta. W przypadku tym sprawa chorobowa w kości skalistej była już wygasła zupełnie, porażenie było całkowite. Mięśnie twarzy odczynu zwyrodnienia nie dawały. Wynik operacyi był niepomyślny, albowiem otrzymano zanik połowiczny języka z utrudnieniem ruchów jego; po pewnym czasie stwierdzono odczyn zwyrodnienia w mięśniach twarzy. Co się tyczy wskazań, to L. uważa, że w razie wystąpienia odczynu zwyrodnienia w mięśniach, nie warto wykonywać zespolenia nerwów. Wogóle należałoby baczniejszą uwagę zwrócić na t. z. operacyę Alta, polegającą na uwolnieniu n. twarzowego z otaczającej go w kanale nerwu twarzowego ziarniny i martwaków. Zabieg ten do łatwych nie należy.

Kryński nie jest zwolennikiem operacyi podobnych, które, na ogół biorąc, nie dają wyników pomyślnych, a stają się powodem poważnych nieraz zaburzeń na terytoryum, zasilanem przez nerw, z którym zespolono n. twarzowy. Wskazania również nie mogą być bardzo ścisłe: z jednej strony należy obawiać się zbyt wczesnego przecięcia n. twarzowego, który, jak wiadomo, nawet po dłuższym przeciągu czasu odzyskać może sprawność czynnościową, z drugiej zaś, o ile operacya wykonana zostanie zbyt późno, zwyrodnienie mięśni uczyni wszelki efekt iluzorycznym.

Nawiązując do powyższego, K. porusza sprawę zrastania się nerwów; dotychczas właściwie nie rozstrzygnięto pytania, czy rychłozrost nerwów istnieje. Najczęściej pnie nerwowe zrastają się per secundam int. Powstaje blizna łącznotkankowa, przez którą przebijają się włókienka nerwowe. Naprzód następuje zrost otoczki Schwanna, potem cylindrów osiowych. Proces ten jest bardzo powolny.

Leśniowski. Bezpośredniego zrastania nerwów niema. Właściwie regeneracya następuje w ten sposób, że odcinek obwodowy zanika, a z odcinka dośrodkowego wrastają weń włókna nerwowe.

L. nie może sobie wyobrazić, w jaki sposób nastąpić może anatomiczne zespolenie obu pni tam, gdzie jeden koniec przeciętego nerwu wszczepiony bywa bocznie w szparkę, zrobioną w drugim nerwie. Tylko połączenie bout à bout jest zrozumiałe i uzasadnione.

3. *Krauze*. Wczoraj, zawezwany do chorej 36-letniej przez kol. Bernsteina i Endelmana, dowiedział się, że kilka godzin temu chora wstała z łóżka i uczuła silny ból w brzuchu, zemdlała. Wkrótce nastąpiły wymioty i chora skarżyła się na ból przeważnie ze strony prawej brzucha. Badanie wykazało: chora osłabiona, tętno słabe, ból brzucha w okolicy prawego dołu biodrowego i w punkcie Mc Burneya, także dośc silny ból ze strony lewej brzucha i w dołku. Ból ze strony lewej trwa już od 2-ch dni, większy był zawsze przy chodzeniu. Chora leczyła się przez dłuższy czas na salpingitis gonorrhoica. Tydzień temu miała menstruacyę skąpą, jak to zresztą nieraz się zdarzało. Napadu takiego, jak obecnie, nigdy nie miała.

Badanie przez odbytnicę nic nie wykazało. Rozpoznawszy zapalenie wyrostka robaczkowego, zaproponował chorej operacyę, na co się zgodziła. Przy operacyi (cięcie skośne) po otwarciu jamy brzusznej wylała się krew w dość dużej ilości. Jasne było, że mamy do czynienia z ciążą zamaciczną. Dla lepszego dostępu zmuszony był zrobić drugie cięcie na linii środkowej, poczem wydobyć można było jajo płodowe; wyciągnąwszy organy rodne nazewnątrz, stwierdzono otwór w lewym jajniku, jajnik ten i część jajowodu wycięto.

Przypadek ten prócz rzadkości przypadku ciąży zamacicznej pokazuje, że pomimo wszystkich cech zapalenia wyrostka robaczkowego takowego może nie być. O ciąży zamacicznej przy rozpoznaniu pomyślano, lecz nie było dostatecznych danych, wskazujących, że właśnie ż ciążą taką mamy do czynienia.

(Streścił mówca).

Oderfeld uważa, że przedstawiony przypadek nic wspólnego mieć nie może ze sprawą wczesnego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego, gdyż, zdaniem O., wszystko przemawiało za ciążą zamaciczną, a mianowicie, nagła zapaść, trwająca, jak to kol. K. zaznaczył, nie długo, brak napięcia mięśni brzucha, brak podniesienia ciepłoty, jakichkolwiek objawów podrażnienia otrzewnej. Wobec tego należało bezzwłocznie przystąpić do operacyi, jak słusznie kol. K. postąpił, ale nie z tytułu zasady wczesnego operowania zapalenia wyrostka.

Leśniowski. Rozpoznanie nie zawsze zrobić można z bezwzględną pewnością. Ani przypadek kol. K., ani analogiczne, nie dowodzą, że nie należy wcześnie operować przypadków, podejrzanych o ostre zapalenie wyrostka. W danym przypadku dobrze stało się, że zabieg wykonano natychmiast; co najwyżej właściwe rozpoznanie mogło mieć wpływ na wybór cięcia brzusznego. Odnośnie wczesnego operowania ta sama walka toczy się i w ginekologii o ciążę zamaciczną, aczkolwiek większość autorów jest zdania, że należy operować natychmiast, nie czekając na otorbienie wylewu krwawego i poprawę stanu ogólnego.

Stankiewicz Cz. Ginekolodzy również popełniają błędy rozpoznawcze. Sam S. miał przypadek, w którym rozpoznał ostry krwotok z powodu ciąży zamacicznej, a cięcie brzucha wykazało ostre zapalenie obu jajowodów.

W tych przypadkach nigdy nie można być bezwzględnie pewnym roz-

poznania. Badanie dwuręczne nie daje wyników określonych. Krauzemu nie można robić żadnego zarzutu, zwłaszcza, że do przypadku swego został wezwany przez dwóch doświadczonych ginekologów, którzy napewno o ciąży zamacicznej myśleli.

Ryłko. Omyłek rozpoznawczych w ciąży zamacicznej nie unikniemy nigdy. Tak np. Prohovnik, rozporządzający bardzo dużym materyałem, myli się pod tym względem 3—4 razy rocznie. Z powodu możliwości pomyłek należy też zupełnie zarzucić proponowane kiedyś operowanie ciąży zamacicznej przez pochwę.

Czarkowski. Aczkolwiek rozpoznanie nastręcza trudności, to jednak w większości przypadków oryentacya zawsze będzie możliwa, jeżeli uwzględnić takie środki rozpoznawcze, jak rażąca bladość powłok w ostrym krwotoku w ciąży zamacicznej, oraz podniesienie ciepłoty w odbytnicy podczas napadu zapalenia wyrostka.

Krauze w odpowiedzi Oderfeldowi zaznacza, że chora na tydzień przed zabiegiem miała miesiączkę. Bladości powłok nie zauważono, tętno w chwili, gdy chorą badał K., było niezłe, tak, że naogół wszystkie objawy, zarówno jak i wywiady zdawały się przemawiać na korzyść zapalenia wyrostka robaczkowego. Krauze bynajmniej nie jest przeciwnikiem wczesnych operacyi ale żąda, aby rozpoznanie sprawy chorobowej było dokładne.

4. ***Kiełkiewicz.*** Przypadek gruźlicy nerki.

Przypadek dotyczy 23-letniego mężczyzny W. Z., który przed pół rokiem zaczął częściej urynować — co $^1/_2$—1 god. w dzień i w nocy, i zauważył, że mocz jest nieco mętny. Przed 2 mies. zaziębił się, przejeżdżając przez wodę. Od tej chwili zaczął oddawać mocz jeszcze częściej — co 10—30 min., miał parcia i bóle przed i po oddaniu moczu. Przed miesiącem w moczu krew po oddawaniu ostatnich kropel. Wychudł, stracił łaknienie. Pochodzi z rodziny zdrowej; sam nigdy nie chorował. Nieźle odżywiany, o cerze nieco bladej. C. prawidlowa, t. 88. W płucach zmian niema. W okolicy nerek guza nie wyczuwa się. Okolice nerek i moczowodów nie są bolesne. Gruczoł krokowy prawidłowy. Pojemność pęcherza około 200 c. s. Pęcherz przy dotykaniu narzędziami niewrażliwy. Jądra i przyjądrza prawidłowe.

Badanie moczu. Ilość dobowa 1500—1700; ciężar gatunkowy 1009; barwa — jasnożółta, mocz — mętny; odczyn — kwaśny. Białka 1,5$^0/_{00}$. Pod mikroskopem: ropa w dużej ilości. Preparaty barwione drobnoustrojów nie zawierają.

D. 30 lipca 1910. Cystoskopia. Otwór lewy prawidłowy, otoczony zdrową śluzówką. Prawy daleko większy, o nierównych konturach, otoczony śluzówką zaczerwienioną i obrzękniętą. Szyja pęcherza również dość mocno zaczerwieniona, głównie z prawej strony. Wstrzyknięto 20 c. s. 0,4$^0/_0$ rozczynu indigo-karminu.

Prawa nerka.	Lewa nerka.
Zabarwienie po 6 min.	Zabarwienie po 18 min.

Sondowanie moczowodów (kateter № 7) tylko w ciągu 10 min.

Prawa nerka.	Lewa nerka.
Wypłynęło od razu około 25 c. s. moczu mętnego o odczynie alkalicznym.	Mocz wypływa kroplami b. wolno.
Białka 1,2‰.	Białka 2,2‰ (krew).
Mocznika 5,8‰.	Mocznika 7,8‰
Chlorków 2,6‰,	Chlorków 3,3‰.
W osadzie ciałka ropne w dużej ilości. Jedna grupa z 5 laseczników kwasoodpornych.	W osadzie krew, drobnoustrojów niema, ciałek ropnych również.

Mocz z prawej nerki wstrzyknięto śwince. Po 3 tygodniach świnkę zabito. Tbc. w gruczołach pachwinowych i w miejscu wstrzyknięcia.

Uważając jednak pierwsze badanie za niewystarczające z powodu zbyt krótkiego czasu, zużytego na nie, a dające wyniki, świadczące o niezupełnej sprawności nerki, którą zamierzałem zostawić, postanowiłem badanie powtórzyć.

D. 4 sierpnia. Badanie powtórne (2 godz.). Wstrzyknięcie 4 cm. sz. 0,5‰ florydzyny.

Prawa nerka.	Lewa nerka.
C. gat. 1006.	1012.
Białka 1,1‰.	0,4‰ (krew).
Mocznika 5,6‰.	25‰.
Chlorków 2,5‰.	5‰.
Polyuria experimentalis.	
I ½ godz. 20 c. s.	6.
200 c. s. wody dano choremu po 1-ej ½ godz. badania.	
II ½ godz. 18 c. s.	14.
III „ 15 „	15.
IV „ 15 „	6.
68 c. s.	41.
Mocznika w 2 godz. 0,38 gr.	1,025 gr. w 2 godz.
Cukru — ślady.	1,56 gr. w 2 godz.

Badanie osadu dało wyniki takie same, jak w pierwszem badaniu. Gdybyśmy chcieli opierać się na wynikach pierwszego badania, to i próba indygo-karminowa i ilości mocznika i chlorków jakoteż ilości białka przemawiałyby na niekorzyść nerki przypuszczalnie zdrowej, inaczej mówiąc sprawność nerki, którą zamierzano zostawić, jest niedostateczna, a więc operacyi należałoby zaniechać. Zważywszy jednak, że takie krótkotrwałe badania częstokroć prowadzą do błędów, stawiają w kłopotliwem położeniu przy ocenie otrzymanych danych, badanie powtórzyłem. Dodam, że zawsze, o ile chodzi o ocenę sprawności nerek, badam je w ciągu dwóch godzin; tym razem jednak chory, zmęczony cystoskopią, nie zgodził się na dłuższe cewnikowanie i prosił o usunięcie cewników.

Przy powtórnem badaniu zastosował już K. wszystkie próby, jakie mogą być wykonane jednocześnie. A więc zaraz po wprowadzeniu cewników i zebraniu odpowiedniej ilości moczu do badania osadu, wstrzyknął florydzynę; następnie po zebraniu moczu w ciągu pierwszej ½ godziny dał choremu 200 gr. wody i następne porcye zbierał co ½ godziny. Zebrany mocz zbadano co do składu chemicznego. Wyniki, otrzymane w ciągu dwugodzinnego badania, najwidoczniej świadczą o zupełnej sprawności lewej nerki: ilości mocznika, chlorków i cukru w stosunku na litr, jako też wyliczone w gr. w zupełności są wystarczające.

Polyuria experimentalis wypadła też dodatnio. Ilości moczu jak w chorej, tak i w zdrowej nerce są niewielkie, jeżeli jednak porównać krzywą eliminacyi moczu prawej i lewej nerki, to zauważymy różnicę. Prawa nerka zupełnie nie reaguje na podaną choremu wodę, krzywa pełna; natomiast lewa nerka reaguje żywo: 6 cm. — 14—15 cm.

D. 27 sierpnia. Nephrectomia lumbalis dextra.

Na przekroju: w górnym biegunie niewielka jama, w niej 2 kamienie. W substancyi korowej 2 małe ropnie zamknięte, w substancyi rdzeniowej kilkanaście gruzłów. Miedniczka usiana drobnymi gruzełkami.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy Wyzdrowienie.

W cztery tygodnie po operacyi cystoskopia: zapalne zmiany pęcherza zupełnie zginęły.

(Streścił mówca).

5. *Stankiewicz Cz.* pokazał przyrząd projekcyjny do preparatów mikroskopowych.

A. WERTHEIM.

Posiedzenie d. 10 listopada 1910 r.

1. *Borsuk.* a) Przedstawienie dziecka, dotkniętego encephalocele traumatica.

b) przedstawienie preparatu hydrocelis feminae.

2. *Leśniowski.* Kamień w miedniczce nerkowej. Cięcie miedniczki.

3. *Stankiewicz Cz.* Pokaz preparatów guzów złośliwych macicy.

4. *Paszkiewicz.* Pokaz mikroskopowych preparatów skóry wyjodynowanej

1. *Borsuk* a) przedstawił chore dziecko wieku lat 6 z guzem czaszki— encephalocele traumatica, przy czem opowiedział następujące:

To dziecko przed 4-ma miesiącami przypadkowo wsadziło głowę w magiel i główka została skaleczoną. Dopiero po tygodniu znalazło się ono w szpitalu Wolskim, gdzie Borsuk znalazł, że prawa połowa ciemieniowa czaszki przedstawiała liczne płatowe rany, a kości tam zdruzgotane i powbijane wgłąb. Przy operacyi po rozwarciu tych płatów skórnych okazało się, że liczne odłamy kostne są powbijane w substancyę mózgową, a opony twarda i miękka szeroko poszarpane, z głębi zaś mózg obficie wypada. Po usunięciu tych odłamów i wyrównaniu całego braku czaszki,

brzegi opony twardej i miękkie części tylko częściowo dały się zbliżyć ze sobą.

Gojenie szło bez powikłań, tylko przez długi czas płyn mózgowordzeniowy obficie wydzielał się. Rana zgoiła się częściowo per primam, a reszta przez ropienie. Objawów szczególnych mózgowych nie było przez cały czas gojenia. Obecnie dziecko czuje się doskonale, ale powyżej prawego ucha na szerokości prawie dłoni brak kości i na tem miejscu wystaje guz chełbocący, pulsujący a przy krzyku chorego naprężający się.

b) Borsuk przedstawił preparat hydrocelis feminae. Chora z guzem w prawej pachwinie w postaci owalnego tworu — była przed tygodniem operowana i okazało się, że jeden guz leżał w kanale pachwinowym, drugi— z boku więzu obłego, ale już blizko rogu macicy. Guzy te dwa w postaci klepsydry — łączą się ze sobą i są wypełnione przezroczystym płynem.

Oba te guzy wyseparowano, oddzielono od więzu obłego.

(Streścił mówca).

Kryński. Pod względem leczniczym zdaje się nie ulegać wątpliwości, że jedynie wskazane jest w pierwszym przypadku B. sporządzenie płytki ochronnej z celuloidu lub glinu, która osłaniałaby guz od urazów mechanicznych, mogących wywołać uszkodzenie opon i ropne ich zapalenie.

Oderfeld. Zastanawia się nad możliwością pokrycia braku kostnego płatem kostnookostnowym, lub kością wygotowaną, względnie—siatką z drutu. Przypadki takie są opisane.

Borsuk. Przeniesienie płata kostnego w danym przypadku byłoby połączone z wielkiemi trudnościami, z powodu konieczności wtłoczenia mózgu wypadniętego napowrót do czaszki.

Kryński wypowiada się za systematycznym, stopniowym uciskiem, do którego mózg powoli by się przyzwyczaił.

2. *Leśniowski* opisuje przypadek kamienia w miedniczce nerkowej, usuniętego za pomocą cięcia miedniczki, i przedstawia kamień.

Na początku r. 1910 zgłosiła się do L. dwudziestokilkoletnia studentka, skierowana doń przez D-ra Ed. Orłowskiego. Opowiadała ona, że od dłuższego czasu, mniej więcej od roku cierpi na ból w lewym boku, który to ból na ogół—trwa stale, atoli od czasu do czasu powiększa się o tyle, że wówczas tylko z dużą trudnością pomagają jej okłady, morfina. Z przedstawionej przez chorą tablicy krzywej ciepłoty widać było, że chora stale ma ciepłotę ciała zwiększoną — od 37° do 38° C. Mocz był badany wielokrotnie. Był on stale mętnawy, przeważnie kwaśny, ciężaru gatunkowego od 1015 do 1026, białka nie bywało wcale, albo tylko ślady. W osadzie — mniej lub bardziej liczne leukocyty, nabłonki płaskie i czasami — wrzecionowate; wałków nie natrafiono ani razu, czasami pojedyńcze czerwone ciałka krwi. Dwa zdjęcia rentgenowskie, wykonane przez d-rów Barszczewskiego i Judta — wykazywały jakiś b. niewyraźny cień w okolicy miedniczki lewej nerki. Sama lewa nerka nie wymacuje się, obmacywanie jej okolicy umiarkowanie bolesne. Za pomocą odpowiedniego badania L. stwierdził, że prawa nerka istnieje i że jest sprawna pod względem czynności. Jakkolwiek rozpoznanie kamienia lewej nerki wydawało się wielce prawdopodobnem, atoli, nie mając

wystarczającej pewności, zalecił L. z kol. Orłowskim chorej na razie — piperazynę, wody mineralne. Stan chorej nie ulegał poprawie. Ciepłota wciąż była podgorączkowa, mocz nie ulegał zmianie, najbardziej atoli dawały się chorej we znaki — coraz częściej zjawiające się napady bólu w lewym boku. Wobec tego chora coraz natarczywiej domagała się operacyi.

Zdjęcie rentgenowskie, wykonane po upływie paru miesięcy, wykazało na ten raz cień dość wyraźny w okolicy miedniczki lewej, i dla tego L. zdecydował się na operacyę.

Wykonał ją 18 kwietnia 1910 r. w prywatnym Zakładzie, w uśpieniu chloroformowem. Cięciem tylnobocznem dotarł do nerki, wyosobnił ją, i na tępo wypreparował tylną powierzchnię miedniczki z otaczającego ją w sporej ilości tłuszczu. Obmacując miedniczkę — kamienia jednak nie czuł. Wobec tego nakłuł miedniczkę cienką igłą — i wtedy przekonał się o obecności kamienia. Tylną ścianę miedniczki naciął podłużnie, i dość łatwo wydobył na zewnątrz kamień. Przekonał się, że innych kamieni miedniczka nie mieści, że moczowód jest drożny; otwór w miedniczce zamknął dwupiętrowym szwem z b. cienkiej struny. Ranę części miękkich zaszył, pozostawiając w niej cienki pasek muślinu.

Przebieg pooperacyjny pomyślny. Parę dni po operacyi mocz był zabarwiony krwią, potem zupełnie klarowny. 8 dni po zabiegu ciepłota była podgorączkowa, następnie opadła poniżej 37° C. Chora zagoiła się bez przetoki. Widziana przez L. po upływie kilku miesięcy miała się zupełnie dobrze.

Przedstawiony kamień ma kształt półksiężyca, ma długości 2 ctm., szerokości — 1,5 ctm., ma powierzchnię brunatną, chropawą, jest b. twardy.

Następnie zastanawia się Leśniowski nieco bliżej nad usuwaniem kamieni miedniczkowych za pomocą cięcia miedniczki.

Do r. 1871 leczono kamicę nerkową, wzgl. miedniczkową lekami wewnętrznymi; w tym roku Simon po raz pierwszy dokonał wycięcia nerki z powodu jej kamicy. Dopiero w r. 1880 Morris dokonał cięcia nerki dla usunięcia kamieni, Czerny zaś—w tym samym celu—cięcia miedniczki. Odtąd zaczęła się walka pomiędzy temi dwiema metodami. Na razie, dzięki autorytetowi chirurgów tej miary, co Israel i t. p., przewaga była na stronie cięcia nerki, i z małymi wyjątkami było ono powszechnie stosowane do ostatnich czasów. Ostatnimi jednak czasy coraz częściej odzywają się głosy na korzyść cięcia miedniczki, tak iż wydaje się, jakoby była ona uważana za zabieg normalny, cięcie nerki — za zabieg stosowany tam, gdzie nie da się zastosować cięcie miedniczki.

Jakie są warunki, pozwalające wykonać cięcie miedniczki dla usunięcia z niej kamieni? Ogólne warunki są następujące.

Osobnik operowany nie powinien być b. otyły. Nerka powinna być o tyle ruchoma, by można było należycie wyłonić ją nazewnątrz; wykonanie cięcia miedniczki bez należytego wyłonienia nerki — „loco" — jest zabiegiem b. uciążliwym. Zdjęcie rentgenowskie powinno pokazywać, że kamień mieści się w miedniczce, że nie jest on zbytnio duży, zbytnio rozgałęziony, by mógł być dość swobodnie usunięty przez nacięcie miedniczki bez nadmiernego zmiażdżenia brzegów rany miedniczki lub rozdarcia tejże.

Dodać jednak należy, że usuwano tą drogą i b. duże kamienie: Garré usunął przez nacięcie miedniczki kamień, wagi 135 g., mocno rozgałęziony, wyrostkami swymi wchodzący w kielichy. Mocz winien być jałowy, lub zlekka tylko zakażony, nie powinno być rozkładu amoniakalnego. Nie powinny istnieć daleko posunięte zmiany w samej nerce—ropnie, zniszczenie miąższu wydzielającego i t. d. Decydujący wpływ może mieć wielkość i kształt miedniczki oraz stosunek jej do wnęki nerkowej oraz do kamienia. Wiemy, że mogą być miedniczki t. z. wewnętrzne, prawie całkowicie schowane we wnęce nerkowej, albo też mogą one mniej lub bardziej wypukłać się nazewnątrz; im bardziej schowana jest miedniczka, im większy jest mieszczący się w niej kamień, tem trudniej jest zdecydować się na cięcie miedniczki. Natomiast należy jaknajbardziej dążyć do wykonania cięcia miedniczki, o ile jest jedna tylko nerka, lub gdy kamienie mieszczą się w obu nerkach, już znacznie zmienionych chorobowo.

Specyalnie na korzyść cięcia miedniczki przemawiają następujące okoliczności. Więc najpierw, cięcie miedniczki o wiele bardziej, niż cięcie nerki, odpowiada nowoczesnemu zachowawczemu kierunkowi w chirurgii. Następnie, obecnie należy uważać za pewnik, że cięcie nerki bynajmniej nie jest zabiegiem tak niewinnym, jak to wyobrażano sobie dawniej: przekonano się bowiem, że już to po cięciu takiem występuje rozległa zgorzel miąższu nerkowego na powierzchniach przekroju, prowadząca nieraz do zupełnego zniszczenia nerki, już-to nawet po zupełnie prawidłowem zagojeniu się rany nerkowej następuje, poczynając od blizny, łączącej powierzchnie przekroju, rozrost tkanki łącznej, która niszczy miąższ nerkowy.

W razie, gdy udaje się nałożyć na ranę miedniczki szew całkowity, goi się rana szybko, bez przetoki. W czasie samego zabiegu nie zachodzi potrzeba zakładania na szypułę nerki zaciskadeł, które czasami powodują poważne uszkodzenia naczyń krwionośnych nerkowych. Po cięciu miedniczki — nie spostrzegano krwotoków wtórnych, wobec tego nie zachodziła potrzeba wtórnego wycinania nerki. Wrazie powstania przetoki, zagojenie jej jest łatwiejsze, niż po cięciu nerki.

Co się tyczy samego wykonania zabiegu, należy uwzględnić następujące okoliczności. Ponieważ tętnice i żyły nerkowe leżą na przedniej powierzchni miedniczki, na tylnej — tylko drobniejsze gałązki, wobec tego lepiej jest obnażać i nacinać tylną powierzchnię miedniczki. O obecności kamienia przekonywamy się bądź obmacywaniem, bądź za pomocą nakłucia. Nacinać najlepiej — podłużnie, bacząc, by nie przeciąć szyi miedniczki, albowiem może prowadzić to do następczego zwężenia ujścia moczowodu. W przypadku kamienia nadmiernie dużego — może zajść potrzeba przedłużyć cięcie z miedniczki na nerkę. O ile kamień ma b. duży wymiar poprzeczny, może zajść potrzeba nacięcia ściany miedniczki poprzecznego.

Po nacięciu ściany miedniczki i usunięciu kamienia, należy za pomocą obmacywania palcem i zgłębnikiem przekonać się, czy nie tkwi kamień w którymś z kielichów, i o ile jest, to go usunąć. Następnie za pomocą długiego zgłębnika należy przekonać się, czy moczowód jest drożny, czy również nie zawiera kamienia. Po usunięciu kamieni i przekonaniu się o drożności moczowodu, staramy się zaszyć otwór w miedniczce, najlepiej—szwem

ze struny; jeśli się uda, nakładamy 2 i 3 piętra szwów. Lecz zdarzają się przypadki, w których zaszycie napotyka nader duże przeszkody; wtedy można nie kwapic się zbytnio o zaszycie, albowiem, jak dowodzi tego doświadczenie, powstająca na razie przetoka zazwyczaj dość szybko zagaja się samoistnie, o ile tylko moczowód jest drożny. Ranę ściany brzucha zaszywa się, pozostawiając w ranie jeden lub parę pasków muślinu, dochodzących aż do rany w miedniczce.

Stankiewicz Wł. Co się tyczy wskazań do operowania kamieni nerkowych, znalezionych przypadkowo, to o potrzebie zabiegu winien decydować jedynie chory. — Niewielkie kamienie bezwarunkowo należy usuwać przez cięcie miedniczki, ale i duże nadają się do tego zabiegu, ponieważ w tych razach miedniczka zazwyczaj bywa rozszerzona. Dawniej po cięciu miedniczki pozostawały niejednokrotnie przetoki nerkowe, zmuszające do usunięcia nerki.

Kryński. Ujemną stronę bardzo dziś popularnego cięcia miedniczki jest to, że nie zawsze cięcie miedniczki wystarcza do usunięcia z niej kamienia. W przypadkach tych możnaby do połużnego cięcia miedniczki dodać poprzeczne i przedłużyć je na nerkę, oszczędzając w ten sposób jej miąższ w stopniu znaczniejszym, niż to czyni cięcie t. z. sekcyjne.

Fryszman. W wyborze drogi, na której usunąć wypadnie kamień z nerki, kierować się należy rentgenografią ,która prawie zawsze wykaże siedlisko złogu — w korze, lub miedniczce nerkowej. Jako do środka pomocniczego możnaby uciec się do pyelografii.

Leśniowski. Zarzucano cięciu miedniczki, że nie pozwala na dokładne obejrzenie wnętrza miedniczki: jest w tem pewna słuszność, jednakże od omyłek nie chroni również i cięcie nerki, jak tego dowodzi przypadek L-go, w którym na kliszy rentgenowskiej stwierdzono obecność kamienia, którego podczas operacyi—mianowicie cięcia nerki — nie znaleziono. Dopiero oględziny nerki, wyciętej z powodu uporczywego ropienia, pozwoliły kamień odnaleźć. — Trudność tę napotykano tedy wszędzie.

Stankiewicz W. przypomina, że i dawniej stosowano nakłuwanie dyagnostyczne nerki obnażonej, ale nie zawsze ze skutkiem pomyślnym.

Ciechomski zwraca uwagę, że zdjęcie rentgenowskie nie zawsze daje dokładne pojęcie o liczbie kamieni, jak tego dowodzi przypadek, w którym C. w przebiegu operacyi znalazł dwa kamienie, stwierdzone na kliszy, a oględziny pośmiertne wykazały obecność trzeciego, który na kliszy nie był widoczny.

Oderfeld zapytuje, jak ma sobie radzić chirurg tam, gdzie badanie rentgenowskie nie daje dokładnego pojęcia o stosunku topograficznym kamienia do zamierzonego cięcia, słowem, gdzie kamień nie leży na linii cięcia sekcyjnego?

Leśniowski radzi dokładnie obmacać nerkę. Możnaby też pomyśleć o prześwietleniu jej podczas samej operacyi.

3. *Cz. Stankiewicz*. Przedstawienie okazów anatomicznych z działu nowotworów złośliwych macicy.

W leczeniu raka macicy dwie drogi walczą o lepsze: pochwowa i brzuszna. S. jest zwolennikiem drogi brzusznej i od lat dziesięciu nie miał

sposobności operowania raka macicy drogą pochwową. Drogę tę S. uważa za wskazaną w razach wyjątkowych: otyłości nadmiernej, ciężkich powikłań ze strony serca i płuc etc.

Pomimo pierwotnej techniki, bez wyodrębniania moczowodów i usuwania przymacicza, S. posiada w swej statystyce przypadek raka części pochwowej, uleczony drogą brzuszną przed laty ośmiu i dotąd bez nawrotu.

Gdy przed kilku laty, dzięki wystąpieniom Leśniowskiego i Sawickiego, powstał u nas ruch w kierunku rewizyi drogi pochwowej, S. zaczął wykonywać operacye rozszerzone, z początku sposobem Jonnescu, następnie Wertheima.

Operacyę Wertheima uważa S. za najbardziej odpowiadającą wszelkim wymaganiom leczenia chirurgicznego raków macicy. S. przedstawia siedm preparatów raka szyi i trzonu macicy, usuniętych drogą brzuszną, z wycięciem gruczołów i przymacicza, i omawia technikę, którą stosuje. Na dwa szczegóły zwraca uwagę: sposób przecinania powłok brzusznych i podwiązywanie tętnicy podbrzusznej. Co do pierwszego S. w niektórych przypadkach robi cięcie powłok kotwicowate (opisane w Prz. Chir. i Gin.), w innych prowadzi cięcie pośrodkowe do spojenia łonowego, nacinając u nasady mięśnie proste. Podwiązanie tętnicy podbrzusznej, stosowane przez S. w pierwszych przypadkach, jest, zdaniem mówcy, tylko pewnem stadyum w rozwoju techniki: dziś uważa je za zgoła zbyteczne.

Z pośród liczby operowanych w ciągu dwóch lat ostatnich S. stracił dwie chore. W jednym przypadku, sprawdzanym drogą oględzin pośmiertnych, zejście zależne było od krwotoku miąższowego z tkanki przypochwowej; w przypadku tym S. założył sączek gumowy, wzorem francuskim, nie wypełniając rany gazą.

Drugi przypadek — zakończony niepomyślnie w powodu posocznicy.

Następnie S. przedstawia trzy preparaty exochorioma malignum uteri: dwa operowane dołem i zakończone wyzdrowieniem zupełnem, jeden drogą brzuszną.

W tym ostatnim przypadku w kilka miesięcy po operacyi nastąpiła śmierć z powodu przerzutów w płucach i następczego zapalenia ropnego opłucnej.

Leśniowski. U nas pierwszym, który macicę rakową zaczął usuwać przez cięcie brzuszne, był Krajewski, ale, ze względu na nieszczególne wyniki, zniechęcił się wkrótce do tego zabiegu. Później metodę Wertheima i Jonnescu częściej zaczął stosować L. Zrazu, pod względem operacyjności panował duży optymizm, jednakże w ostatnich czasach L. zmuszony jest coraz bardziej ograniczać wskazania do tego zabiegu, a to z powodu otrzymywania przypadków coraz bardziej zaniedbanych. Przyczynę tego zjawiska upatruje L. w tem, że rak macicy wogóle dość późno zaczyna dawać się we znaki dotkniętemu przezeń osobnikowi; tymczasem wobec braku u nas lekarzy domowych stałych — są przeoczone zwykle okresy, nadające się do zabiegu doszczętnego. Odnośnie techniki, L. do tego, co powiedział Stankiewicz, dodaje, że tętnicę podbrzuszną z początku podwiązywał, później, chcąc zyskać na czasie, podwiązywać przestał, obecnie wszakże powrócił pod tym

względem do techniki pierwotnej, uważa bowiem, że w ten sposób ogranicza krwawienie. Wogóle operacya należy do trudnych i wymaga dużego doświadczenia.

Doszczętność operacyi omawianej polega, zdaniem L., na jaknajrozleglejszem usunięciu przymacicz i pochwy. Obrzmienie gruczołów często bardzo bywa zapalne. W końcu L. zwraca uwagę na to, że tętnica maciczna i pęcherzowa wychodzą niekiedy z jednego wspólnego pnia, i dlatego, chcąc uniknąć zaburzeń pęcherzowych, które i tak dość często wikłają sam zabieg, należy podczas podwiązywania tętnicy macicznej pamiętać o nieprawidłowości powyższej, względnie podwiązać tętnicę maciczną poniżej rozgałęzienia.

4. *L. Paszkiewicz* pokazał drobnowidzowe preparaty skóry, wyjałowionej przed operacyą przy pomocy użycia jodyny.

Skóra była jodynowana przed operacyą dwukrotnie w odstępach 10-cio minutowych. Jodyna utrwalona w preparacie w postaci jodku srebra. Ziarnka jodku srebra przenikają wprawdzie niezbyt równomiernie, ale wszystkie warstwy naskórka; najwięcej znajdujemy ich w warstwie zrogowaciałej i w warstwie komórek walcowatych. Jodek srebra występuje w postaci drobniutkich czarnych ziarenek.

Jodyna jednakowo przenika skórę jodynowaną na sucho i skórę uprzednio mytą wodą z mydłem, lub też jod-benzyną. W tym ostatnim przypadku na preparatach widzimy zdarcie naskórka często do samego podłoża skóry (corium). W podłożu skóry w żadnym przypadku ziarenek jodku srebra odnaleźć nie udało się. Stąd wniosek, że w wyjałowieniu skóry za pomocą jodyny nie należy skóry oczyszczać mechanicznie.

(Streścił mówca).

A. WERTHEIM.

Posiedzenie dnia 9 grudnia 1910 r.

1. *Fryszman.* O operowaniu guzów pęcherza mocz. na drodze wewnątrzpęcherzowej.
2. *Czarkowski.* Przyczynek do cięcia miedniczki.

1. *Fryszman.* O operowaniu guzów pęcherza na drodze wewnątrzpęcherzowej. Ostatnio w leczeniu guzów dobrotliwych pęcherza mocz. t. zw. brodawczaków zaszły poważne zmiany. O ile dawniej, stojąc w obliczu guza dobrotliwego pęcherza, nie myślano o innym sposobie usunięcia go, jak na drodze krwawej t. j. za pomocą cięcia nadłonowego, o tyle obecnie po stworzeniu wewnątrzpęcherzowej metody operowania przez Nitzego, a szczególnie po ważnych spostrzeżeniach Caspera odnośnie do nawrotów pooperacyjnych, coraz więcej znajdujemy zwolenników usuwania brodawczaków wewnątrzpęcherzowego.

Z argumentów, jakie przemawiają na korzyść wewnątrzpęcherzowego sposobu operowania, wymienić wypada:

1. Możność operowania bez znieczulenia ogólnego, a nawet miejscowego.
2. Względnie mniejsze niebezpieczeństwo zabiegu. Śmiertelność po

operacyi krwawej z powodu brodawczaków według statystyki Rafina, wynosi w dawniejszych operacyach 13,7%, w ostatnich czasach 3,8%, według Zuckerkandla 8%, według Frischa 9%, gdy tymczasem śmiertelność po wewnątrzpęcherzowych operacyach wynosi prawie 0%. (Nitze na 150 operacyi wewnątrzpęcherzowych miał 1 śmiertelny przypadek, Casper na 76 ani jednego).

3. Mniejsza liczba i rodzaj nawrotów. Zuckerkandl określa liczbę nawrotów po usunięciu guzów per sectionem altam na 20%, dodając, że wielu chorych po operacyi nie kontrolował.

Legueu określa liczbę nawrotów na 28%, Rafin na 26%.

Frisch na 103 operowane przypadki miał możność spostrzegania przez dłuższy czas tylko 53 chorych, przyczem mógł stwierdzić nawroty w 21 przypadkach, co stanowi bardzo pokaźną odsetkę nawrotów.

Częstość nawrotów po wewnątrzpęcherzowym sposobie operowania tak się przedstawia:

Nitze na 101 guzów operowanych do 1902 r. miał nawrotów 18, przyczem 12 chorych po operacyi nie kontrolował.

Casper na 65 operowanych — 16 nawrotów.

Daleko ważniejszą sprawą, rozstrzygającą o wartości jednej lub drugiej metody, jest rodzaj nawrotów.

W r. 1908 ogłosił Casper swe spostrzeżenia odnośnie nawrotów, powstających po usunięciu guzów na drodze krwawej.

Ze spostrzeżeń tych, opartych na 9-ciu, do których w roku ubiegłym dodaje nowych 8, czyli razem w 17-tu przypadkach wynika, że po usunięciu guzów dobrotliwych za pomocą cięcia nadłonowego często występuje wkrótce na linii cięcia i na reszcie błony śluzowej pęcherza rodzaj rozpowszechnienia się nowotworów.

Przyczynę tego zjawiska upatruje Casper w tem, że podczas operacyi odrywają się od guza cząstki tegoż, które wszczepiają się w linii cięcia i w błonie śluzowej, pozbawionej nabłonka, skutkiem maltretowania tejże, i wyrastają nowe guzy.

W innych znowu przypadkach skłonność błony śluzowej do tworzenia brodawczaków, owe villous disease, zostaje przez samą operacyę spotęgowana do tego, że daje bodźca do tworzenia się większych i liczniejszych, niż przedtem, guzów.

I po wewnątrzpęcherzowych operacyach występują nawroty. I Nitze, i Casper spostrzegali je. Ale — występują one w postaci pojedyńczego guza, wyrastającego na miejscu usuniętego i łatwo owe nawroty mogą być usuwane.

Ani razu natomiast nie spostrzegano po wewnątrzpęcherzowej operacyi owej generalizacyi guzów, jak to ma miejsce po krawych operacyach.

Fryszman operował sposobem wewnątrzpęcherzowym 6 przypadów guzów dobrotliwych pęcherza. Ani razu po operacyi nie miał większego krwawienia, raz tylko, w tydzień po operacyi, skutkiem oddzielenia się strupa, wystąpiło większe krwawienie, które bez wszelkiej interwencyi ustało.

Fryszman operował chorych bez znieczulenia ogólnego, a nawet miej-

scowego. Ani razu nie wypadło trzymać chorych po operacyi w łóżku Wszystkich operacyi dokonał Fryszmam ambulatoryjnie.

Wielkość guzów wahała się między wielkością orzecha laskowego, a wielkością dużej śliwki.

Niektórych chorych kontrolował Fryszman kilkakrotnie, i ani razu nie stwierdził nawrotu.

Badanie drobnowidzowe guzów, dokonane przez Maryę Zielińską, wykazało, że guzy te są t. zw. papillomata fibrosa bez jakichkolwiek cech guzów złośliwych.

(Streścił mówca).

Leśniowski zastanawia się nad tem, czy brodawczaki pęcherza wogóle należy operować. Doświadczenie kliniczne poucza, że nowotwory te, mikroskopowo uważane za łagodne, faktycznie okazują się złośliwymi, zjawiając się częstokroć w znacznie większej liczbie w czas pewien po usunięciu guza pierwotnego.

Przyczyna tego zjawiska nie jest dotychczas jasna. Być może, że cząsteczki guza ulegają wszczepieniu się podczas operacyi, dając po upływie pewnego czasu wznowy.

Na poparcie tej hipotezy przytacza L. przypadek Gliksmana, w którym po roku nie stwierdzono w pęcherzu mocz. wznowy guza, usuniętego z pęcherza, natomiast rozlane nacieczenie nowotworowe w cavum Retzii.

Do chwili obecnej zdanie co do wskazań do operowania brodawczaków, o ile te ostatnie nie są przyczyną dolegliwości, jako to krwawień uporczywych i t. d., są podzielone.

Stankiewicz Cz. usuwał również na drodze wewnątrzpęcherzowej zarówno małe brodawczaki, jak i inkrustacye dokoła ligatury po operacyi. Pokazuje przy tej sposobności pętlę Kremera, którą uważa za najlepszą.

Kiełkiewicz. Cystoskopia nie daje nigdy pojęcia dokładnego o charakterze guza. Nawet małe brodawczaki należy usuwać przez cięcie nadłonowe, wycinając je wraz z otaczającą śluzówką.

Wertheim zwraca uwagę na ryzyko, na jakie naraża chorego i siebie chirurg, operując ambulatoryjnie u siebie, i przytacza przypadek Nitzego, który zmuszony był przetrzymać chorego 24 godz. w swojem mieszkaniu, z powodu obfitego krwotoku po operacyi.

Fryszman. Większość urologów i chirurgów przyznaje operowaniu wewnątrzpęcherzowemu prawo obywatelstwa. F. nie kruszy kopii w obronie tej metody, uważa jednak, że o wartości jej w chwili obecnej ostatecznie jeszcze rostrzygnąć nie można. Nitze operował możliwie doszczętnie, wycinając guzy w zdrowej tkance, krwotoków wogóle nie obawiał się, twierdząc, że guzy uszypułowane dają je rzadko.

Stankiewicz przypuszcza, iż wznowy zależą, być może, od wadliwej techniki, na co już niejednokrotnie zwracano uwagę.

Leśniowski. Nie wiemy, na jakiej drodze powstają w tych przypadkach wznowy, wobec tego nie posiadamy dość pewnej techniki, ażeby ich uniknąć.

Fryszman. Na pewne szczegóły odnośnie tej techniki zwracano już

uwagę. Tak np. Zuckerkandl smaruje pęcherz wyskokiem z jodyną, Rovsing owija starannie guz w gazę opatrunkową podczas zabiegu.

2. *Czarkowski* pokazuje kamień, wyjęty z miedniczki przez otwór na przedniej ścianie, zrobiony na tępo. Rany w miedniczce nie zaszyto, a pomimo to zagoiła się szybko całkowicie.

Leśniowski przypomina, że przetoki takie przeważnie goją się prędko, o ile nie tkwi w moczowodzie przeszkoda dla odpływu moczu.

Kiełkiewicz. Istnieje praca francuska, zawierająca opis 113 przypadków, w których rany po cięciu miedniczki zagoiły się zupełnie dobrze bez zaszycia.

A. WERTHEIM.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 30 września 1910 r.

Neugebauer w krótkich słowach zdał sprawę z udziału polskich ginekologów i położników w V-ym międzynarodowym Zjeździe akuszeryjno-ginekologicznym w Petersburgu.

Józef Jaworski podał w skróceniu do wiadomości sprawozdanie o udziale naukowym lekarzy polaków na tym Kongresie:

Prof. Rosner pokazał swój przyrząd do tamowania krwotoków po hebosteotomii.

Morawski wypowiedział przyczynek do cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego.

Józef Jaworski mówił o krwotokach macicznych pochodzenia syfilitycznego.

Radwańska i Schlank wypowiedzieli odczyt pod tytułem: Nowy sposób leczenia zapalenia przewlekłego szyi macicy i pochwy.

Falgowski z Poznania mówił: O ostrej relaksacyi mięśnia macicy pod wpływem narkozy ogólnej i O operowaniu drogą pochwową zapaleń przydatków macicy.

Schlank — Badanie kliniczne i doświadczalne nad opatrywaniem pępowiny noworodków.

Schlank z kliniki prof. Rosnera przedstawił fotografie dwu potworków: Acardiacus i Phocomelus, który urodził się jako bliźniak.

Radwańska z tej samej kliniki — wielki mięśniak więzu macicznego okrągłego.

Fr. Neugebauer wygłosił odczyt: O ciąży bliźniaczej izochronicznej heterotopicznej, czyli o współistnieniu ciąży macicznej i pozamacicznej izochronicznego pochodzenia.

1 *Monsiorski* przedstawił kilka przypadków współistnienia nowotworów w narządach płciowych kobiety. 1-y przypadek: myoma corporis uteri subserosum et carcinoma colli uteri — dotyczył 51-letniej chorej, która dwa razy urodziła, ostatni raz przed dwudziestu przeszło laty. Chora nosiła krą-

żek maciczny przez 8 lat, nie wyjmując go wcale. W chwili pierwszego badania M. znalazł w pochwie tylko kawałki owego krążka, gdyż uległ on tam zupełnemu zniszczeniu. Po wygojeniu się ran pochwowych, chora czuła się zupełnie dobrze. W parę miesięcy potem zgłosiła się ponownie tylko dla kontroli; żadnych cierpień nie doznawała. M. znalazł na części pochwowej nadżerkę; że zaś szyja była w kilku miejscach porozrywana, przeto zaproponował chorej wyskrobanie i odcięcie szyi, oraz zalecił mikroskopowe badanie wyciętych klinów szyi macicy. Mikroskop wykazał raka. Przystąpiono do zabiegu radykalnego drogą brzuszną, po którym dziś chora czuje się dotąd dobrze. Na przedstawionym okazie widzimy oprócz raka szyi włókniak na tylnej ścianie macicy, wielkości sporego orzecha. Preparat mikroskopowy był pokazany.

2-gi przypadek — włókniaki liczne macicy wszystkich 3-ch kategoryi z 2 torbielami przyjajnikowemi; śluzówka trzonu mocno przerośnięta; pod mikroskopem w wielu miejscach wielowarstwowość komórek w gruczołach. M. uważał to za rak gruczołowy, wszakże wspólna narada kolegów uznała stan ten śluzówki tylko za podejrzany wobec zachowania konturów gruczołów i ich otoczki. Chora wyzdrowiała.

3-ci przypadek — rak części pochwowej z torbielą prawego jajnika, przyrośniętą w jamie Douglasa. Takich przypadków jest bardzo mało: jeden Borrmana, drugi M-ego. Trzy skrawki torbieli wykazują budowę torbieli prawidłową z nabłonkiem wałeczkowatym na stronie wewnętrznej i b. nielicznymi gruczołami; w czwartym preparacie, wziętym prawdopodobnie z miejsca zetknięcia się torbieli z rakiem macicy, znaleziono raka. U Borrmana także był przerost raka do torbieli i ogłoszony dla tego właśnie, że rak dał przerzut nie do narządu, a do istniejącego już nowotworu. Chora ta M. zmarła; operacya Wertheima wobec torbieli i zrostów była b. trudna.

4-ty przypadek. Włókniak macicy podsurowiczy i torbiel prawego jajnika. Przypadek dotyczy chorej lat 30, zamężnej od 7 lat. Nie rodziła i nie roniła. Badając znaleziono torbiel prawego jajnika, wielkości sporej pomarańczy; z tyłu, za macicą, wyczuwano drugi guz, który przez analogię wzięto za torbiel drugiego jajnika, zrośniętą z tylną ścianą macicy. W czasie operacyi M. znalazł torbiel prawego jajnika surowiczą zwykłą, oraz włókniak podsurowiczy tylnej ściany macicy wielkości mandarynki. Chora wyzdrowiała. W sprawie wzajemnej zależności tych guzów kol. M. wspomniał, że 59% włókniaków powikłane są zmianami w przydatkach; te zmiany często prowadzą do wytworzenia się torbieli.

Po wzmiance o przypadku innym, gdzie z jednej strony była torbiel jajnika, a z drugiej torbiel przyjajnikowa, M. przedstawił przypadek włókniaka macicy, powikłany napadami padaczki. Chora nie rodziła; raz przechodziła wczesne poronienie (niepewne). Obecnie, mając lat 43, skarży się, że od 3 lat miewa napady padaczki podczas peryodów. Z początku napady bywały rzadko — raz na rok, raz na pół roku, potem zjawiały się częściej, wreszcie doszło do tego, że w każdym peryodzie bywało ich po kilka. M. stwierdził włókniak macicy, przylegający tak mocno do kości ło-

nowych, że robił wrażenie guza ściany kostnej. Po odcięciu nadpochwowem okazało się, że włókniak rozwinięty był tylko w przedniej ścianie macicy i przez to parł ku przodowi. Po operacyi ataki stały się o wiele rzadsze, ale jeszcze nie zniknęły. M. przytoczył drugi analogiczny przypadek z piśmiennictwa, należący do Hinterstoissera, gdzie po operacyi ataki jednakowe trwały jeszcze 7 lat, a potem ustały.

Komentarzy do przypadków kombinacyi guzów M. dawał mało, mając zamiar na przyszłem posiedzeniu odczytać obszerną swą w tym przedmiocie pracę.

(Streścił mówca).

3. *Huzarski* przedstawił okaz ciąży jajowodowej prawej. Chora, lat 18, wyszła za mąż przed 9 tygodniami. Peryod wstrzymał się 6 tygodni, poczem zaczęła krwawić. Lekarze sądzili, że chora poroni. H. widział chorą w dwa tygodnie później, znalazł dużą bolesność w podbrzuszu prawem, brzuch wzdęty, przy badaniu wewnętrznem — macica nieco powiększona; cuchnąca krwawa wydzielina z pochwy. Gdy pod lodem i opium bóle brzucha uspokoiły się, H. wyczuł w prawem sklepieniu pochwowem powiększony jajowód *). Wobec coraz większych bólów, przychodzących napadami, ciągłego krwawienia, jakoteż podniesienia się ciepłoty, H. parł do operacyi, której też dokonał. Po otwarciu jamy brzusznej, znaleziono prawy jajowód mocno rozszerzony, otoczony zrostami. Po oddzieleniu zrostów, wyciągnięto jajowód. Z otworu brzusznego jajowodu sterczy jaje płodowe. W jamie brzusznej dużo skrzepów i świeżej krwi. Jajowód podwiązano i wycięto, obszyto otrzewną, skrzepy wygarnięto i zaszyto jamę brzuszną. Ciepłota przed operacyą 38,2, tętno 130. Po operacyi ciepłota spadła, tętno poprawiło się. Po 2 dniach względnie dobrego stanu tętno zaczęło skakać, doszło do 160 uderzeń, wystąpiły objawy zawrotów głowy i duszności. Ze strony brzucha nie było żadnych niepokojących objawów, wiatry odeszły na 3-ci dzień. Ten stan przyśpieszonego tętna trwał 2—3 dni, po podaniu digalenu objawy niepokojące ustąpiły i tętno spadło do 100 uderzeń. 8 dnia usunięto szwy, rychłozrost, na 10 dzień ciepłota podniosła się, wytworzył się ropień w dolnej części rany brzusznej, który sam otworzył się po 3-ch dniach; dolna część rany brzusznej zagoiła się per secundam.

Huzarski nie umie sobie wytłomaczyć przyczyny długotrwałego przyspieszonego tętna i nieprawidłowej działalności serca po operacyi.

(Streszczenie mówcy).

Lorentowicz i Stankiewicz uważają to przyśpieszenie wybitne tętna bez podniesienia ciepłoty za działanie skopolaminy.

Altkaufer Henryk, powołując się na spostrzeżenia różnych autorów (Bliśniańsky, Sieber i wielu innych), jak również opierając się na kilkuset własnych spostrzeżeniach, zaznacza, że prawie zawsze po zastosowaniu skopolaminy przed uśpieniem chloroformowem, eterowem lub też eterowo-

*) Rozpoznanie H. zrobił: abortus tubarius incompletus. Haematoma peritubarium.

chloroformowem występuje nieraz bardzo nawet znaczne przyspieszenie tętna. Często również w tych razach dają się zauważyć objawy niemiarowości tętna. Mówca sądzi również, że w przypadku Huzarskiegu przyczyną przyśpieszenia tętna było działanie skopolaminy.

3. *Stankiewicz Cz.* omawia przypadek zgorzeli mięśniaka macicy w okresie połogowym, powikłany ropniakiem prawego jajowodu. W przypadku tym S. wykonał drogą brzuszną, na 21-y dzień po porodzie, całkowite wycięcie macicy i przydatków, prócz lewego jajnika, z zejściem pomyślnem. Szczegóły przypadku są następujące:

25-letnia kobieta, starozakonna, zamężna od 11 miesięcy, przybyła do szpitala S-go Ducha na 17 dzień po porodzie (o czem niżej) w stanie ciężkim. C. 39,1, T. 116. Opowiada, iż gorączkuje od porodu; maximum ciepłoty było 40,3; częste dreszcze. Przed zamążpójściem miewała miesiączkę nieprawidłową, co 2 — 4 tygodnie, bardzo obfitą, trwającą po 7 — 8 dni. Z tego powodu zasięgała porady lekarskiej; rozpoznano obecność guzów w macicy.

Stan obecny. Brunetka, średniego wzrostu, zbudowana i odżywiana dobrze, niedokrwista. Macica powiększona, dnem dochodzi do pępka. Bolesność od ucisku na prawą stronę trzonu macicy. Wydzielina z części rodnych obfita, ropiasta. Badanie przez pochwę wykrywa guz miękki, wielkości pięści, wychodzący z jamy macicy i częścią znaczną urodzony już do pochwy. Guz ten przedstawia się, jako mięśniak, uległy zgorzeli.

Zanim otoczenie chorej zdecydowało się na proponowany zabieg, upłynęło dni cztery. Ciepłota była wciąż wysoka, raz jeden doszło do 39,6, przy tętnie około 120.

Operacya d. 29 czerwca 1910. 2 dawki skopolaminy z morfiną przed zabiegiem. Odurzenie z początku chloroformem (16,0), gdy jednak znosiła go źle, użyto eteru (98,0). Drogą pochwową usunięto podległe zgorzeli części guza. Okazuje się, iż jama macicy wypełniona jest guzami, których wyłuszczyć nie można. Wypchano wolną część jamy macicy i szyję gazą jodoformową i zaszyto część pochwową na głucho, poczem wypełniono gazą pochwę. Cięcie brzuszne podłużne. Zrost nieduży pomiędzy trzonem macicy a otrzewną ścienną. Na stronie prawej ropniak jajowodu, rozmiarów dość znacznych; gdy próbowano wydzielić go ze zrostów, pokazuje się ropa. Lewe przydatki nie zajęte. Macica odpowiada wielkością ciąży pięciomiesięcznej. Po dokładnem zabezpieczeniu górnej połowy jamy brzusznej zapomocą serwet, wykonano całkowite usunięcie macicy, pozostawiając na stronie lewej jajnik ze względu na młody wiek chorej, na stronie zaś prawej tymczasowo, ze względów technicznych, ropniak jajowodu. Po podwiązaniu naczyń i zeszyciu otrzewnej ze ścianą pochwy, usunięto przydatki prawe, po wydzieleniu ich z obszernych zrostów ze ścianą miednicy i kątnicą. Na stronie prawej, przecinając wiąz szeroki, zauważono, iż naczynia żylne wypełniane są skrzepłą krwią. Pole operacyjne przykryto paskami gazy wyjałowionej, których końce wyprowadzono do pochwy. Ranę brzuszną zaszyto w trzy piętra. Pęcherz moczowy wypełniono rozczynem kwasu bornego. Trwanie operacyi g. 1 m. 42.

W przebiegu pooperacyjnym wymiotów nie było; mocz oddawała sama; wiatry odeszły nazajutrz, po założeniu rury gumowej do kiszki. Tętno w dniu operacyi wieczorem 108, przy ciepłocie 38,4, niezupełnie równe; nazajutrz 96, przy ciepłocie 37,1. Piątego dnia usunięto gazę z pochwy. W sześć dni po zabiegu występują coraz wyraźniej objawy obustronnego zapalenia płuc odoskrzelowego, z podniesieniem ciepłoty dwukrotnie powyżej 39° C. (max. 39,9 dwunastego dnia po operacyi). Spadek per lysin.

7 lipca zdjęto szwy skórne powierzchowne, 13 lipca — pozostałe. Zagojenie się doraźne.

Dnia 26 lipca wypisana ze szpitala, jako uleczona.

Na przedstawionym okazie widać, iż jamę macicy wypełnia guz wielkości dwóch pięści, dolnym biegunem położony podśluzowo. Cały guz przedstawia obraz zgorzeli, która najsilniej jest wyrażona w części dolnej guza.

(Streścił mówca).

Z. Endelman uzupełnia przemówienie Stankiewicza następującymi szczegółami.

Operowana przez S. pacyentka zwróciła się do En. z powodu krwawienia w 3-im miesiącu ciąży. E. znalazł mącicę powiększoną odpowiednio do 5-go miesiąca, i na powierzchni jej kilka wyniosłości, a więc graviditas cum myomatosi uteri. Ciąża, pomimo krwawień, trwających do 6-go miesiąca, rozwijała się prawidłowo. Pacyentce E. poradził odbyć poród w zakładzie. Przed kilku miesiącami przybyła ona w końcu 9-go miesiąca ciąży do przytułku, oświadczywszy, że od 3 dni „coś z niej wycieka", a przed kilku godzinami zauważyła wypadnięcie jakiegoś sznurka. Dodała jeszcze, że zaniepokojona obfitą wydzieliną z pochwy, była u dwóch tutejszych ginekologów, którzy w godzinach przyjęć dokonali na niej wewnętrznego badania. E. skonstatował wypadnięcie tętniącej pępowiny nazewnątrz; ujście macicy było rozwarte na dwa palce; płód — w pierwszej pozycyi i przedniej odmianie poprzecznego położenia. Pod uśpieniem chloroformowem E. dokonał skombinowanego obrotu na nóżkę. Przez wzgląd na niedostatecznie rozwartą szyję zachował się po obrocie wyczekująco. Po godzinie urodził się płód do szyi, około której było obciągnięte ujście macicy. Chcąc uniknąć uszkodzeń szyi macicy, zwłaszcza wobec tego, że płód przez ten czas odumarł, E. wykonał wymóżdżenie główki. Po porodzie obfite krwawienie. Wszelkie próby wydalenia łożyska za pomocą sposobu Credégo spełzły na niczem. E. zmuszony był wprowadzić rękę do macicy i wtedy przekonał się, że łożysko było przyrośnięte do jednego z licznych mięśniaków, który znajdował się na prawej stronie macicy. Po oddzieleniu łożyska, krwawienie ustało. Już w pierwszych dniach okresu połogowego przy nieznacznem podwyższeniu ciepłoty do 37,8 — 38 i dobrem tętnie, pacyentka skarżyła się na bóle w prawej połowie macicy, która też i na dotyk była bolesna. Objawy te E. kładł na karb rozpoczynającej się zgorzeli guza. Tego samego dnia był zawezwany na naradę Dr. Stankiewicz. Chorej, w razie pogorszenia się stanu, zaproponowano całkowite usunięcie macicy. Od szóstego dnia okresu połogowego ciepłota stopniowo zaczęła podnosić się

do 39 i wyżej, choć tętno stale nie przekraczało 100 uderzeń na minutę. Pomimo nalegań, pacyentka dopiero 17 dnia po porodzie wstąpiła do oddziału ginekologicznego Szpitala S-go Ducha.

Na zakończenie E. zwraca uwagę na konieczność wczesnego operowania w przypadkach rozpoczynającej się zgorzeli mięśniaków w okresie połogowym. Gdyby w omawianym przypadku chora wcześniej zdecydowała się na operacyę, to prawdopodobnie nie doszłoby do wytworzenia się ropniaka jajowodu, ani do tak rozległego rozpadu guza, i operacya mogłaby być wykonana w warunkach daleko dogodniejszych.

4. *Stankiewicz Czesław* przedstawił przyrząd projekcyjny prof. Edingera z Frankfurtu, ułatwiający pokazywanie preparatów drobnowidzowych, i składa go w darze Sekcyi Ginekologicznej, resp. Towarzystwu lekarskiemu.

5 *Huzarski* wygłosił odczyt p. t. „Nowe prądy w postępowaniu z łożyskiem przodującem". — Odczyt składa się z dwóch części. W pierwszej części H. wymienia dawne metody postępowania, do których zalicza rozwiązanie gwałtowne, przerwanie pęcherza płodowego, tamponowanie pochwy, jakoteż skombinowany obrót Braxton Hicksa. Rozwiązanie gwałtowne, czy to za pomocą stopniowego rozszerzania szyi macicznej palcem, czy też za pomocą odpowiednich rozszerzadeł, zostały zarzucone z powodu złych wyników. Przerwanie pęcherza płodowego stosuje się dziś w rzadkich tylko przypadkach. Co się tyczy tamponowania pochwy czy to gazą jodoformową, czy też balonem gumowym Brauna, to ma ono na celu powstrzymanie krwawienia aż do dostatecznego rozwarcia ujścia macicznego, poczem zostaje dokonany obrót na nóżkę z następczem wydobyciem płodu. Metoda ta połączona jest z wielkiem niebezpieczeństwem zakażenia. Metoda skombinowanego obrotu Braxton Hicksa ma dotychczas jeszcze wielu zwolenników wśród niemieckich akuszerów, wymaga jednak od operującego wielkiej zręczności, gdyż obrót musi być dokonany wobec niedostatecznego rozwarcia ujścia macicznego, ale za to absolutnie pewnie zatrzymuje krwawienie. Procent śmiertelności matek wynosi 8,8%, dzieci zaś 71,8%. Ten wysoki odsetek śmiertelności dzieci zmusił do poszukiwania nowych metod. W drugiej części odczytu H. opisuje obszerniej nieco nowe metody, stosowane w poprzedzaniu łożyska. Do nich zalicza: wprowadzenie do wnętrza jaja płodowego balonów gumowych (hystereuryza lub metreuryza), jakoteż cięcie cesarskie. Co się tyczy metreuryzy, to H. opisuje koleje, jakie przechodziła ta metoda od K. Brauna, Tarniera, Barnesa, Maurera aż do Champetier de Ribesa. Z początku używano do rozszerzenia ujścia macicznego balonów sprężystych z następczem pociąganiem. Champetier de Ribes zastosował raz pierwszy balon niesprężysty; z początku nie stosował jednak pociągania. Champetier jest zdania, że należy po urodzeniu się balonu natychmiast sztucznie ukończyć poród. Müller z Monachium kazał przygotować trudno rozrywający się niesprężysty balon, mogący wytrzymać mocne pociąganie. — Następnie H. szczegółowo opisuje technikę wewnętrznego stosowania balonu, przyczem zwraca uwagę, że balon należy wprowadzać do wnętrza jaja płodowego po uprzedniem otwarciu pęcherza płodowego lub też przebiciu przodującego łożyska, nie zaś pomiędzy błony płodowe a ścianę macicy.

Przy stosowaniu tej metody rokowanie dla dzieci znacznie się polepszyło. Podług Hannesa procent śmiertelności matek wynosi 5,5%, dzieci zaś 30% po potrąceniu martwych płodów i niezdolnych do życia. Absolutny % śmiertelności dzieci wynosił 42,5%. Powszechnie uznają wartość metreuryzy przy niedostatecznie rozwiniętem ujściu macicznem, jako też łatwość techniczną. Co się tyczy cięcia cesarskiego, to H. w krótkości opisuje historyę stosowania tegoż, poczynając od amerykańskich lekarzy, aż do Kroeniga i Sellheima. K. i S. są zdania, że przy pomocy cięcia cesarskiego można zmniejszyć śmiertelność dzieci do minimum. K. stosował z początku cięcie cesarskie pochwowe, obecnie przeszedł on do klasycznego cięcia cesarskiego — na 6 przypadków miał 6 żywych matek i 6 żywych dzieci. S. upatruje w cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnowem tę metodę, która, niezależnie od możliwości osiągnięcia żywego dziecka, wydaje się najbardziej odpowiednią do ostrożnego odszukania miejsca łożyska, do oględnego oddzielenia łożyska pod kontrolą i do pewnego zatkania źródła krwawienia, zachowuje jednak tę metodę dla aseptycznych, nie wykrwawionych przypadków. Wobec martwych płodów, wobec mocnego krwawienia i wobec pewnego zależenia S. zaleca obrót na nóżkę; na 8 przypadków cięcia ces. zewnątrzotrzewnowego miał 8 żywych matek i 8 żywych dzieci. W przypadkach zakażonych można spróbować rozwiązania za pomocą nałożenia przetoki maciczno-brzusznej. Kroenig zachowuje cięcie ces. tylko dla czystych przypadków w klinice, dla praktyki zaś prywatnej obrót i hystereuryzę. Baisch zaleca cięcie ces. pochwowe i cięcie ces. zewnątrzotrzewnowe. Pfannenstiel dopuszcza cięcie ces. tylko w tych przypadkach, w których matka życzy sobie żywego dziecka, jakoteż w tych rzadkich przypadkach, w których hystereuryza natrafia na szczególne trudności. Nowak zaleca cięcie ces. w tych przypadkach całkowitego łożyska przodującego, w których przy nierozwartym lub niedostatecznie rozwartym kanale szyi nastąpiło mocne krwawienie, następnie w przypadkach, które wydają się niezakażone i wreszcie w przypadkach, w których matka żąda żywego dziecka. Co się tyczy odmiany cięcia ces., to najwięcej słabych stron zdaje się posiadać cięcie ces. pochwowe; bardziej odpowiedniem wydaje się cięcie ces. zewnątrzotrzewnowe, jakkolwiek przedstawia ono większe techniczne trudności. Klasyczne cięcie ces. jest postępowaniem technicznie najprostszem, nie należy go jednak stosować w przypadkach nawet podejrzanych pod względem zakażenia.

(Streścił mówca).

L. LORENTOWICZ

ZJAZDY LEKARSKIE.

ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH W WARSZAWIE d. 6, 7 i 8 października 1910 r.

POSIEDZENIE I.

Po krótkiem przemówieniu powitalnem, wypowiedzianem przez przewodniczącego Komitetu organizacyjnego Zjazdu prof. Kryńskiego, i po zorganizowaniu prezydyum na wszystkie posiedzenia, przystąpiono odrazu do wykonania programu Zjazdu.

Pierwszy zabrał głos *Kostanecki* „O położeniu wyrostka robaczkowego i jego fałdach otrzewnej ze stanowiska historyi rozwoju".

Położenie wyrostka robaczkowego w jamie brzusznej jest zmienne, co zależy od całego procesu rozwojowego przewodu pokarmowego. Ten ostatni pierwotnie ma kształt cewki, która w miarę wzrostu poczyna skręcać się. Dolna część — przyszłe jelito grube — wznosi się i przechodzi na drugą stronę; w miejscu wznoszenia powstaje zgrubienie — przyszła kątnica. Po skręceniu jelito grube przyczepia się do tylnej ściany brzusznej. Trzon krezkowy zaczyna się na poziomie 2 kręgu lędźwiowego i pierwotnie biegnie prosto, potem, w miarę skręcania się jelit, nabiera kierunku skośnego. Wobec ruchomości kiszki, kątnica i wyrostek mogą leżeć w rozmaitych miejscach, wędrówka więc wyrostka zależy od braku przyczepu grubej kiszki we właściwym czasie. Pierwotnie kątnica jest umiejscowiona pod wątrobą, potem schodzi do dołu biodrowego, a jeśli przytwierdza się wyżej, pozostaje w miejscu nieprawidłowem. Niekiedy pozostaje nieprzytwierdzona — „coecum mobile". Położenie wyrostka zależy od kąta, który tworzy on z kątnicą. Wyrostek jest połączony z kątnicą za pomocą fałdów, które częściowo tworzą rozwijające się naczynia krwionośne; unoszą one listek otrzewnej, tworzy się fałd, który ref. proponuje nazwać nie mesenteriolum, lecz plica mesenterico-appendicularis, dalej idzie plica ileocoecalis, a obok niej zagłębienie — recessus ileo-coeco-appendicularis. Ref. badał ten fałd i nie stwierdził zależności jego od rozwoju naczyń. Jest on tworem trwałym, i nazwać go należy — retinaculum ileo-coecale, od którego również zależy kierunek przyczepu wyrostka robaczkowego.

Ciechanowski i *Gliński* (Kraków). „Topografia wyrostka robaczkowego" — ref. Browicz.

Położenie wyrostka zależy od kątnicy i jelita wstępującego, od stopnia

wykształcenia krezeczki, i stopnia napełnienia gazami jelita ślepego. Za prawidłowe uważa ref. położenie wyrostka, skierowanego ku miednicy małej. Od tego położenia zbacza on często. Wyrostek spotykamy na kątnicy, wierzchołkiem skierowany ku górze, na wewnętrznej stronie, na krezce jelita biodrowego, dalej — wzdłuż zewnętrznej ściany okrężnicy, pod kątnicą i poza nią. Niekiedy wierzchołek może sięgać aż do nerki. Zagięcia wyrostka na przebiegu nie zawsze bywają nabyte, niekiedy spotykamy je już u płodów i noworodków.

Kader „O leczeniu ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego".

Według Aschofa $^4/_5$ wszystkich ludzi choruje na zapalenie wyrostka i 80% leczy się doszczętnie bez operacyi. Statystyka ze szpitali berlińskich, dotycząca lat 1903—1906 (68% ludności leczy się w szpitalach) dowodzi, że pomiędzy 10—22 rokiem z powodu zapalenia wyrostka umarło więcej osób, niż z powodu innych chorób. Kümmel na 1940 przypadków liczy 51% wznów.

Ref. od 2 lat postanowił operować każdy wyrostek w stanie zapalnym bez względu na okres choroby. Przeciwwskazanie dla niego stanowi tylko konanie lub wyraźne cofanie się objawów choroby. Jako przyczynę zapalenia uważa położenie wyrostka, zaleganie w nim treści, oraz nieżyt i napełnianie gazami kątnicy i wyrostka. Ważną rolę w etyologii odgrywa również zatrzymywanie wiatrów. Kümmel sądzi, że niema żadnego objawu, który można uważać za patognomoniczny. Rostowcew podaje, że ciepłota jest najwyższa pomiędzy godz. 9 — 10 wieczorem, Crupius uważa za stały objaw znaczną różnicę ciepłoty pod pachą i w odbytnicy. W przypadkach referenta znamienny był ból w nadbrzuszu.

Ref. swoje 141 przypadki podzielił na grupy następujące: 1) app. simplex, 2) app. cum periton. circumscr. adh. lub purulenta, 3) app. c. perit. diff., 4) app. purulenta dissemin. Co do położenia wyrostka, określił je jako inferior, media, lateralis. W pierwszej grupie przypadków 8 wyzdrowiało, z drugiej grupy na 17 przypadków 3 śmiertelne, z trzeciej na 26 przypadków 8 śmierci, z czwartej na 3 przypadki 2 śmiertelne. W okresie zimnym na 43 przypadki w 21 zrosty, w 5 — ropnie. Bakteryologicznie znajdowano lasecznik okrężnicy, gronkowce i paciorkowce.

Wnioski: 1) zmiany anatomopatologiczne wyprzedzają objawy kliniczne; 2) leczenie: operować w każdym okresie prócz umierających, lub wobec znacznego polepszenia. Sposób leczenia wyrostka świadczy o kulturze społeczeństwa, tylko u bardzo niekulturalnych ludzi wyczekuje się na ropień, a potem na jego wessanie.

Klecki (Kraków) przypomina, że w swoim czasie wykazał, iż najważniejszym czynnikiem dla powstawania spraw zapalnych w jelicie jest spotęgowanie się jadowitości drobnoustrojów, i że zmiana ta zależy od zaburzeń w krążeniu w ścianie jelita. Badania doświadczalne nad zapaleniem wyrostka doprowadziły K. do wniosku, że w powstawaniu tego cierpienia ważną rolę odgrywają zmienione warunki środowiska i zwiększona jadowitość

drobnoustrojów, zwłaszcza bac. coli. K. zwraca uwagę na tę okoliczność, że przy wielkiej zmienności anatomicznej wyrostka i jego otoczenia dotychczas jeszcze niedostatecznie zbadano różnice w ukrwieniu wyrostka, jakie już w warunkach prawidłowych zachodzą, co może stać się kluczem, tłomaczącym powstawanie zapalenia wyrostka w wielu przypadkach.

Ziemacki (Petersburg). „W sprawie etyologii zapaleń wyrostka robaczkowego".

Sprawa powstawania zapaleń wyrostka została wyświetlona przez chirurgów, operujących profilaktycznie. Zapalenia wyrostka powstają i mają skłonność do wznów dzięki zmianom anatomicznym wyrostka, jak przegięcie, skręcenie, zrosty, wrodzone zboczenia w położeniu. Te nieprawidłowości wywołują niedrożność, zastój treści wyrostka, oraz zastój w naczyniach chłonnych i żyłach. Obrzęknięta ściana wyrostka przepuszcza drobnoustroje, tworzą się ropnie dokoła wyrostka. W wyniku otrzymaliśmy zamknięty wyrostek z ropą i śluzem, będący ciągłem źródłem wznów choroby. Ciała obce, jako czynnik etiologiczny, nie odgrywają roli poważnej.

Slęk (Przemyśl). „Zapalenie ostre wyrostka robaczkowego".

Materyał S. obejmuje 110 przypadków, z których na appendicitis gangangraenosa przypada 30, acuta — 28, chronica — 52 przypadki.

Wnioski jego są następujące: 1) zapalenie wyrostka wywołują drobnoustroje obok odpowiednich warunków mechanicznych, 2) zapalenie wyrostka z początku ogranicza się tylko do jego ścian, 3) drobnoustroje, znajdujące się w wyrostku, w razie wzmożonej zjadliwości wywołują zgorzel jego i przedziurawienie, 4) mogą wywołać zakażenie ogólne, 5) nigdy nie można z bezwzględną pewnością liczyć na wytworzenie się zrostów ochronnych dokoła wyrostka, ani też przewidzieć przebiegu choroby, mimo objawów najłagodniejszych, 6) choroba ta leczona być winna tylko na drodze operacyjnej, o ile można najwcześniej, dzięki czemu zapobiegamy przenikaniu drobnoustrojów do jamy brzusznej, skracamy przebieg choroby i usuwamy cierpienie doszczętnie.

Broniatowski (Kraków) mówi o związku, jaki zachodzi pomiędzy wyrostkiem a przydatkami macicy w zapaleniu. Przytacza przypadek zgorzelinowego zapalenia wyrostka sub partu, który zakończył się operacyą, urodzeniem żywego dziecka i wyzdrowieniem. Zapalenie wyrostka stać się może pośrednią, lub bezpośrednią przyczyną poronienia, zakażenia wnętrza ciężarnej, lub połogowej macicy, śmierci płodu, bezpłodności, ciąży zamacicznej, zapalenia przydatków. Wobec tego ginekologowie powinni stanąć na stanowisku radykalnem.

Oderfeld (Warszawa). „Zapalenie wyrostka w worku przepuklinowym".

O. operował 4 przypadki odnośne i na zasadzie osobistego doświadczenia i danych z piśmiennictwa wyprowadza wnioski następujące: 1) należy myśleć o zapaleniu wyrostka w worku przepuklinowym, jeżeli występują objawy słabego natężenia niedrożności jelit, guz powiększa się i zdradza objawy zapalne, 2) kliniczny obraz w tych przypadkach nie często pozwala na ścisłe rozpoznanie, a operacya nie zawsze rozstrzygnie pytanie,

czy mamy przed sobą zapalenie wyrostka, czy też uwięźnienie jego w obrączce, 3) rokowanie jest na ogół dobre, o ile od pierwszej chwili zaniechano prób odprowadzania, 4) w przypadkach przewlekłych zjawia się niekiedy konieczność podczas operacyi usunąć i sznurek nasienny wraz z jądrem.

Janowski (Warszawa) zaznacza, że wziąwszy pod uwagę częstość zapalenia wyrostka, przypuścić należy u niektórych osobników specyalne usposobienie. Usposobienie to zależeć może z jednej strony od pewnych zboczeń anatomicznych, zwłaszcza w dziedzinie unaczynienia wyrostka, z drugiej — dotyczy ludzi, oznaczanych imieniem artrytyków. Co do leczenia — J. obecnie jest zwolennikiem doszczętnego, wczesnego operowania.

Szuman (Toruń) zapytuje Kostaneckiego, jaki jest stosunek statystyczny położeń prawidłowych wyrostka do nieprawidłowych.

Kostanecki zaznacza, że statystyki takie istnieją, lecz dopiero wszystkie dane statystyczne, razem wzięte, dać mogą przeciętną, zbliżoną do prawdy.

Zawadzki A. (Warszawa) uważa, że wczesna operacya stanowi dla chorego wielką wygraną czasu i zdrowia. Nigdy nie można ręczyć, że dany przypadek przy metodzie wyczekującej skończy się dobrze. Wyczekiwanie jest nieekonomiczne. Wczesną operacyę należy popularyzować w jaknajszerszym zakresie, co zależy od dobrej woli internistów.

Falgowski (Poznań) kładzie nacisk na konieczność badania każdego zajęcia wyrostka u kobiet z punktu widzenia rozpoznania różniczkowego. Zawsze należy mieć na myśli ostre zapalenie jajowodu i jajnika, ciążę zamaciczną i skręcenie szypuły torbieli jajnika. F. na 124 operowane przypadki zajęcia przydatków 9 razy znalazł zmieniony wyrostek, a na 48 przypadków zachorzeń przydatków, połączonych z bólami, 11 razy stwierdził przewlekłe zajęcie wyrostka.

Dobrucki (Lublin) przytacza przypadek, w którym gwałtowne objawy żołądkowe zniewoliły do laparotomii w nadbrzuszu, gdzie jednak dopiero późniejsza wznowa zapalenia wyrostka wyjaśniła całą sprawę.

Pomorski (Poznań) na podstawie 126 przypadków zepalenia wyrostka u dzieci dochodzi do wniosku, że zwłaszcza u dzieci entuzyazm wczesnej operacyi nie zupełnie jest uzasadniony i że wyczekujące leczenie, ze względu na możliwe pomyłki rozpoznawcze, daje wyniki zupełnie zadawalające.

Rajchman (Warszawa) uznaje konieczność interwencyi w ostrych przypadkach o ciężkim przebiegu, a także w przypadkach przewlekłych, zaznacza jednakże, iż rozpoznanie w pierwszych 24—48 g. rzadko kiedy jest możliwe. Przytacza dalej wszystkie objawy zapalenia wyrostka i dowodzi, że żaden z nich oddzielnie ani też wszystkie razem wzięte nie stanowią charakterystycznych dla tej choroby objawów, którychbyśmy nie spotykali i w innych chorobach. Wobec tego R. jest zdecydowanym przeciwnikiem wczesnej operacyi.

Ziemacki (Petersburg) nie jest zwolennikiem wczesnej operacyi, obawia się bowiem błędów rozpoznawczych.

Krauze (Warszawa) również wypowiada się przeciw wczesnej opera

cyi, zwłaszcza u dzieci i u osób, które dawniej napadów nie miały. Burzliwe objawy kliniczne nie zawsze są wyrazem głębokich zmian anatomicznych. Objawu Rovsinga K. nie stwierdził.

Wojnicz (Łuck) przytacza przypadek, operowany z powodu ostrego ropnia okołowyrostkowego podczas ciąży. W ropniu znaleziono jajowód. Ciąża utrzymała się. Poród prawidłowy, dopiero wtedy zagojenie przetoki. Wyraża życzenie dowiedzenia się czegoś o czynności wyrostka. Są uczeni, którzy twierdzą, że wyrostek nie jest potrzebny. W takim razie istotnie nie należałoby go oszczędzać.

Brudziński (Warszawa) omawia częstość zapalenia wyrostka u niemowląt, nawet przed 3-im miesiącem życia, co popiera danemi z piśmiennictwa i z własnego doświadczenia. Dalej podnosi trudności rozpoznawczo-różniczkowe zapalenia wyrostka u niemowląt ze względu na nietypowość objawów. Jest zdania, że i u dzieci należy operować wcześnie i jaknajwcześniej wzywać chirurga.

Pruszyński (Warszawa) wypowiada się za wczesną operacyą i twierdzi, że w 90% rozpoznanie postawić można.

Rzętkowski (Warszawa) zaznacza ważne znaczenie w etyologii spraw nieżytowych jelit grubych wogóle i kątnicy w szczególności. Podnosząc trudności rozpoznawcze pierwszych okresów zapalenia wyrostka, mówca wypowiada mniemanie, że długo jeszcze postulat wczesnego operowania nie da się praktycznie przeprowadzić.

Leśniowski (Warszawa). Myśl możliwie wczesnego operowania stanowczo zyskuje coraz liczniejszych zwolenników, co dowodzi, że oparta jest na faktach przekonywających. Teraz chodzić powinno tylko o przekonanie terapeutów, kierujących chorych do chirurga. L. żąda, aby operować w każdym przypadku ostrego zapalenia, dążąc zasadniczo do otwarcia wszystkich ropni i usunięcia wyrostka robaczkowego.

Goldmann (Łódź) dzieli się doświadczeniem, zdobytem z kol. Maybaumem—podczas obserwacyi 64 przypadków ostrego zapalenia. Wspólność tego komunikatu dowodzi możności porozumienia się chirurga z internistą. W ostrem, rozpoznanem zapaleniu wyrostka należy operować bezzwłocznie. W przypadkach do rozpoznania trudnych — wymagana jest wspólna obserwacya chorego przez chirurga i internistę. W końcu drugiej doby ustalają się objawy, które umożliwiają rozpoznanie z prawdopodobieństwem nie mniejszem, niż w innych chorobach.

Borzymowski (Warszawa) operuje natychmiast wszystkie przypadki ostre; zejście niepomyślne ma tylko w ropniach rozsianych lub appendicitis gangraenosa. W ogólnem zapaleniu otrzewnej bez zrostów następuje zawsze śmierć.

Omyłek rozpoznawczych uniknąć jest trudno.

Oderfeld w przypadkach ostrych usuwa wyrostek tylko, gdy go ma pod ręką. W przeciwnym razie ogranicza się do otwarcia ropnia. Usunięcie wyrostka w ostrym okresie często prowadzi do następczej przetoki kałowej.

Kader. Objawy w stosunku do zmian, znajdowanych w czasie operacyi, spóźniają się. Wyleczenie bez operacyi nie jest możliwe. Czekanie na okres à froid nie jest bezpieczne, a i sam zabieg wówczas bywa niekiedy b. trudny.

POSIEDZENIE II.

Szuman (Toruń). „Wyniki operacyi przepuklin pachwinowych u dzieci“. Praca ta była w całości wydrukowana w T. IV, Z. I Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego.

Rechniowski (Suwałki). „Przypadek uwięźnienia przepukliny pachwinowej w worku wodniaka jądra“. Praca jest wydrukowana w niniejszym Zeszycie II Tomu IV Przeglądu Chirurgicznegu i Ginekologicznego.

Hładi (Kraków). „Operacya przepukliny udowej“. W klinice prof. Kadera w ciągu ostatnich 10 lat zoperowano 61 przepuklinę udową; z nich 54 sposobami Bassiniego, Kochera, Mikulicza, Szwarca, 27 ostatnich—sposobem Kadera.

Zabieg ten polega na zaszyciu kanału udowego dwoma piętrami szwów, i na wynicowaniu worka przepuklinowego do jamy otrzewnej. Ten ostatni obnaża się za pomocą cięcia podłużnego na udzie i jaknajwyżej wyosabnia się na tępo. Następnie otwiera się jamę brzuszną, już to za pomocą przedłużenia ku górze cięcia poprzedniego, już to cięciem typu Jalaguiera. Otrzewną otwiera się na przestrzeni 2—3 ctm. Worek przepuklinowy wgłabia się już to od zewnątrz, już to od strony jamy otrzewnej, a to wprowadzając kleszczyki i chwytając za dno worka. Przyrosłą sieć i jelita należy oddzielić już to po wynicowaniu worka, już to na miejscu. Po odsunięciu powięzi mięśnia poprzecznego i otrzewnej od otworu kanału udowego, zamyka się górny otwór kanału 2—3 szwami jedwabnymi, przyszywając wiąz Pouparta do okostnej gałęzi poziomej kości łonowej i do więzu łonowego, który to wiąz jest przedłużeniem więzu Gimbernata. Szwy należy nakładać bacząc, by nie przekłuć żyły udowej i nie zbytnio zaciskać z obawy zgorzeli więzów i powięzi. Jeżeli worek przepuklinowy jest długi, odcina się go ponad podwiązką, zamyka się szwami otwór otrzewnej, przekłuwa się worek i przysuwa możliwie wysoko do otrzewnej ściennej. Zaszywa się otwór w otrzewnej, następnie odbudowywa się przednią ścianę jamy brzucha, jak w operacyi wyrostka robaczkowego. Dolny otwór kanału udowego zaszywa się struną w kierunku najmniejszego napięcia.

W sposobie tym ma działać wytworzony z lejka przepuklinowego — stożek otrzewnej, wypukły ku górze, i zamknięcie kanału udowego dwoma piętrami szwów. Z pośród 27 przypadków w 1-ym tylko widziano nawrót choroby.

Kryński robi 2 zarzuty sposobowi Kadera operowania przepukliny udowej. Pierwszy dotyczy usuwania worka przepuklinowego, który przeciąga się do jamy otrzewnej i usuwa po szerokiem otwarciu jamy otrzewnej. Otwarcie to uważa K. za zupełnie zbyteczne, albowiem postępowa-

nie Kadera w tej postaci, jak tego sobie K. życzy, da się dobrze uskutecznić bez przecięcia otrzewnej. Powtóre, Kryński nie widzi celu w przyszywaniu więzu Pouparta do okostnej kości łonowej: jest to albo niemożliwe, albo, będąc możliwe — jest szkodliwe ze względu na możność zaciśnięcia dużych naczyń; o ile znów zaciśnie się szwy luźno — przyszycie takie nie ma celu.

Rechniowski (Suwałki). „Przypadek obecności macicy szczątkowej w worku przepukliny pachwinowej".

R. opisuje szczegółowo przypadek braku pochwy u dwudziestoletniej kobiety; pozatem cierpi ona na przepuklinę pachinową prawostronną. R. wykonał doszczętną operacyę przepukliny. W worku przepuklinowym znalazł macicę szczątkową wraz z jednym jajowodem i jajnikiem. Wyciął zawartość worka przepuklinowego, operacya wytwórcza Bassiniego. Po upływie tygodnia — operacya wytwórcza pochwy, mianowicie wgłobił śluzówkę wejścia do pochwy do rozszczepionej jamy kulszowoodbytniczej lewej. Płat skórny uległ częściowej zgorzeli. Rechniowski stara się uzasadnić rozpoznanie swoje, że w worku przepuklinowym mieścił się uterus rudimentarius bipartitus, oraz mówi nieco obszerniej w sprawie wytwarzania pochwy.

Marcinkowski (Piotrków). „Dwa przypadki uwięźnienia wstecznego jelit cienkich". Uwięźnienie wsteczne spotyka się najczęściej na jajowodach, wyrostku robaczkowym, uchyłku Meckela i na sieci, gdyż w tworach tych naczynia doprowadzające leżą podłużnie. Na jelitach uwięźnienie tego rodzaju powstaje najłatwiej na krańcowym odcinku jelita krętego, bowiem tu przebieg naczyń jest podobny do wyżej wspomnianego. Uwięźnień wstecznych jelit większego kalibru znalazł M. w piśmiennictwie 7 przypadków. Ułożenie pętli było tu w postaci litery W, zgorzeli ulegała albo część środkowa, albo i boczne. W dwóch przypadkach prawe ramię stanowiła kątnica, w pozostałych jelito cienkie.

Przypadki Marcinkowskiego. 1) Mężczyzna 60 lat. Przepuklina pachwinowomosznowa prawostronna, w niej uwięziona kątnica i $^1/_4$ metra krętnicy. Kątnica długa, przycisnęła do pierścienia pętlę krętnicy tak mocno, że ta, pozostając w jamie otrzewnej, uległa zgorzeli na przestrzeni 1 metra. 2) Mężczyzna 45 lat. Przepuklina pachwinowa prawostronna. W niej—nienapięta pętla jelita cienkiego, a między ramionami tejże i pierścieniem kanału — uwięziona krezka innej pętli w postaci kapciucha. W brzuchu—zmartwiałe jelito długości 45 cm. Obaj pacyenci zmarli. Następujące objawy należy mieć na uwadze: nagłe unieruchomienie dotąd odprowadzalnej przepukliny, objawy zamknięcia światła przewodu pokarmowego obok przepukliny miękkiej, mało bolesnej, bolesność w brzuchu powyżej szyi przepukliny.

Łazarewicz (Poznań). W marcu r. 1910 zgłosiła się do Ł. 45-letnia chora z powodu bólu w podżebrzu, obfitych krwawień miesięcznych i ogólnego osłabienia. Urodziła pięciokrotnie, po raz ostatni przed 7 laty; poronień nie było. Od roku czuje się niezdrową.

Wzrost średni, budowa prawidłowa, otyła, niedokrwista. Serce rozszerzone na lewo, przy wierzchołku — szmer dmuchający. Stan podgorączkowy; T. 90; hemoglobiny 50%. Nad spojeniem łonowem guzowatość. Wy-

macuje się tam guz, wielkości głowy, bolesny, sięgający pępka, na prawo prawie sięga talerza biodrowego, na lewo przechodzi w drugi guz — mniejszy. Guz jajowaty, sprężysty, w dolnej części — bardziej napięty. Obydwa guzy gładkie, nieruchome. Część pochwowa macicy, prawidłowo położona, u góry przechodzi w guz, pozostający w bezpośrednim związku ze stwierdzonym od góry. W zatoce Douglasa — dolna część guza. Kilkodniowe spostrzeganie wykryło niedowład żołądka, ujawniający się skłonnością do wymiotów nawet po spożyciu pokarmów łatwostrawnych.

Operacya. Cięcie poprzeczne ponad spojeniem. Wylało się z jamy otrzewnej nieco cieczy mętnej, otrzewna zaczerwieniona, nowotwór wypełnia miednicę małą, w dolnej części jest twardy, spoisty, górna część i położona w jamie Douglasa — torbielowata. Guz pozlepiany z otoczeniem; oddzielanie było b. utrudnione. Nowotwór wychodził z prawego jajnika i mniejszy z lewego jajnika. Szypuły guzów podwiązano i odpalono. Usunięty guz był — torbielą gruczolakowatą ze zwyrodnieniem rakowem. Operacyi dokonano w uśpieniu eterowem po uprzedniem wstrzyknięciu skopolaminy i morfiny. Operacya trwała godzinę. Chora zniosła zabieg dobrze, stan na ogół zadawalający. Drugiego dnia pod wieczór — lekki ból w okolicy żołądka, mocne pragnienie. Ponieważ wymiotów nie było, podano chorej herbatę i zalecono płukać usta chłodną wodą. W nocy — wymioty, wymiociny — zielone, okolica żołądka wzdęta. Odstawiono płyny, zastosowano natomiast co 3 godziny wlewania z niedużej ilości słonej wody. Nad ranem wymioty wzmogły się, były coraz częstsze, ciemne; brzuch wzdęty, niebolesny. Wzdęcie — w nad — i śródbrzuszu, okolice nadłonowa i lędźwiowe zapadnięte, miękkie, łatwo dające się ugniatać, wolne od stłumienia. Gdy chora około południa zaczęła wymiotować w odstępach kilkuminutowych treścią brunatno zabarwioną, w ilościach prawie półlitrowych, bez zbytniego wysiłku, brzuch zaś wzdymał się coraz bardziej, wypłukano żołądek. Nie było to łatwe, gdyż chora wyrywała sobie zgłębnik. Pomimo to wydobyto ze 3 litry płynu. Uderzając, można było wywołać w żołądku chełbotanie i pluskanie. Brzuch znacznie opadł, chora uczuła ulgę. Lecz już po upływie kilku godzin stan chorej, jak poprzednio. Tętno do 130 uderzeń na minutę, skóra sucha, język obłożony, wargi sinicowe, chora wylękniona; ciepłota prawidłowa. Na podstawie powyższego Ł. rozpoznał zamknięcie światła dwunastnicy w związku z ostrem porażeniem żołądka. Chorą położono na boku, przednią część łóżka uniesiono ku górze na łokieć wysoko. Wynik był nadzwyczajny: pomimo przepełnienia żołądka chora przestała wymiotować, stan zaczął polepszać się, po kilkunastu minutach przez rurkę, włożoną do odbytnicy, zaczęły głośno odchodzić obficie cuchnące gazy. Po 3 godzinach odwrócona żąda naczynia i oddaje obfite wypróżnienia. Brzuch opadł, miękki, niebolesny. W nocy stolce powtórzyły się kilkakrotnie. Dalszy przebieg — pomyślny, powikłany zakrzepem na dolnej kończynie.

Niedowład żołądka, zamknięcie dwunastnicy i zakrzep kończyny przypisuje Ł. działaniu jadów, wytwarzanych przez nowotwór. W leczeniu powyższego powikłania Ł. podnosi wartość sposobu Schnitzlera. Następnie zastanawia się nad rozmaitemi teoryami, objaśniającemi powstawanie oma-

wianego powikłania, i najbardziej jest skłonny przyjąć teoryę żołądkową. I tu są dwie możliwości. Już to porażony żołądek pod wpływem zastoju zawartości rozszerza się, opada, przesuwa jelita swym ciężarem, i wtłacza do miednicy małej. Jelita napinają krezkę, i w ten sposób zaciskają dwunastnicę.

Już to obezwładniony żołądek opada, i ciężarem swym załamuje dwunastnicę na każdem miejscu, na którem jej przytwierdzenie okaże wystarczającą odporność. Jeżeli załamanie to następuje w okolicy kolana górnego, w miejscu mocnego więzu wątrobowodwunastniczego, powstaje obraz, nakreślony przez Mikulicza — Kauscha, jako ostre zamknięcie odźwiernika. Kayser do porażenia żołądka dodaje porażenie i dwunastnicy na pewnej przestrzeni. Ł. dodaje do tego i porażenie całej dwunastnicy i reszty jelit. Dzięki tak rozległemu porażeniu łatwo zrozumieć opadnięcie jelit do miednicy małej, napięcie krezki, które powoduje zamknięcie światła dwunastnicy, którego nie może zwyciężyć żołądek, odzyskujący swą sprawność mechaniczną. Przyczyny tak rozległego porażenia przewodu pokarmowego są mechaniczne (środki nasenne, błędy w pożywieniu, i t. p.) i fizykalne (oziębienie, wyschnięcie jelit i t. p.). Teorya ta tłomaczy, zdaniem Ł, wartość leczenia sposobem Schnitzlera.

Śmiechowski operował 17 razy w wieku od 3 miesięcy do 1½ roku życia. Wyniki operacyi wszystkie pomyślne i na razie, i przez długi czas po operacyi. Operował stale sposobem Kochera, na szew z fil de Florence nakładał opatrunek kolodionowy. Zapalenie oskrzeli jest przeciwwskazaniem do operacyi. W jednym przypadku w trzecim tygodniu po operacyi dziecko było zagojone zupełnie, lecz zmarło skutkiem zapalenia płuc. Również nie należy operować podczas zaburzeń przewodu pokarmowego, gdyż uniemożliwia to zachowanie czystości pola operacyjnego. Jest wobec powyższego — stanowczym zwolennikiem operowania przepuklin w wieku dziecięcym.

Pomorski (Poznań) wykonał operacyi przepuklin u 290 dzieci w wieku od $1^1/_2$ do 14 lat. Miał dwa razy niepomyślne wyniki z powodu gruźlicy i raz z powodu przepukliny uwięzłej. P. zoperował 90 przepuklin uwięzłych z pomyślnym wynikiem. Pasek wywołuje zapalenie tylko w następstwie nieczystego utrzymania, nic zresztą nie pomaga. Zazwyczaj operuje sposobem Kochera lub Bassiniego, najczęściej unosi powrózek nasienny, zaszywa dokładnie tylną ścianę i stara się jaknajmniej uciskać powrózek.

Czajkowski operuje dzieci zwykle sposobem Kochera, nakłada opaskę zwykłą, ranę zabezpiecza maścią kseroformową: zawsze otrzymuje rychłozrost. Późniejsze wyniki operacyi są zupełnie pomyślne. Przepukliny udowe operuje w ten sposób, że, po uwolnieniu worka i opróżnieniu zawartości, podwiązuje możliwie jaknajwyżej, odcina worek, kikut zaś wprowadza, jako tampon, do kanału i wszywa, ściągając szwy w celu zamknięcia kanału. Nawrotów nie spostrzegał.

Zembrzuski L. (Warszawa) stoi na stanowisku — operowania przepuklin pachwinowych nawet u małych dzieci. Z. operował 80 przypadków

w wieku od ½ do 10 lat; wnioski jego są następujące: 1) operacya jest zabiegiem wdzięcznym; 2) wiek nie stanowi przeciwwskazania; 3) u małych dzieci operacya powinna być zupełnie prosta i szybka, pod warunkiem jaknajwyższego podwiązywania wyrostka pochwowego, i proste zeszywanie odnóg. Nie radzi jednak tak daleko, jak niektórzy chirurdzy francuscy, — nie zeszywać nawet wrót przepuklinowych. Co się tyczy materyału do szwów głębokich, to obojętne jest, czy użyć strunę, czy jedwab, czy też nici — Rami.

Mieczkowski (Poznań). Przepukliny nadbrzuszne najczęściej nie sprawiają dolegliwości, jeżeli tylko tłuszcz przedotrzewnowy stanowi zawartość przepukliny. Jeżeli niema wyraźnego woreczka, to znajduje się małe wgłębienie lejkowate otrzewnej, które warunkuje powstawanie dolegliwości. Jeżeli nawet nie znajdzie się tego, należy zaraz wykonać próbne cięcie brzucha, by przekonać się o rzeczywistym powodzie cierpienia. W przypadku prelegenta chodziło o takie wypuklenie tłuszczu bez otrzewnej.

Próbne cięcie brzucha wykazało kamicę żółciową. W drugim przypadku z temi samemi zmianami zoperowano tylko przepuklinę, dolegliwości po zabiegu jednak nie znikły.

Sawicki Br. (Warszawa) przepukliny udowe operuje sposobem Salzera, t. j. zamyka otwór pierścienia płatem mięśniowopowięziowym. Zdarzają się niekiedy przepukliny o dużych otworach. Dotyczy to zwłaszcza przypadków, już dawniej operowanych wskutek uwięźnienia przepukliny, gdy w czasie operacyi przecięto wiąz Pouparta. W takich przypadkach z dużymi otworami S. zastosował czterokrotnie sposób Trendelenburga, zamykając otwór płatem okostnowokostnym, wyciętym z kości łonowej. Przypadki, długo spostrzegane, nie wykazały nawrotu. Ujemną stronę tej metody stanowi dość długie gojenie się z powodu krwawienia z powierzchni kości, co zmusza wkładać pasek gazy do rany.

Falgowski (Poznań). Zdarzyło mu się kilkakrotnie, że rozpoznanie zamknięcia dwunastnicy z zejściem śmiertelnem na sekcyi okazało się zapaleniem zlepnem otrzewnej. Znajduje się nieraz na sekcyi pętle jelit pozrastane, co mogło spowodować uwięźnienie, ale cierpieniem podstawowem bywa ostatecznie zakażenie otrzewnej. To też na mocy swego doświadczenia osobistego F. z rozpoznaniem zamknięcia dwunastnicy jest b. wstrzemięźliwy, mianowicie jeżeli po operacyi istnieje gorączka. W tych razach, nawet gdyby były wymioty żółciowe, i gdyby zmiana nagła położenia wywołała odejście wiatrów, woli jednak rozpoznawać zlepne zapalenie otrzewnej. Przez zmianę położenia ciała zlepy mogły pooddzielać się. A że taka chora nie umiera, nic dziwnego, wiadomo bowiem, że zakażenie pooperacyjne otrzewnej nie zawsze daje zejście śmiertelne. Często po upływie wielu lat, otwierając po raz wtóry jamę otrzewnej, znajdujemy ślady zlepnego zapalenia otrzewnej, przebytego po pierwszej operacyi. W przypadku Lazarewicza, o ile nie było gorączki, była w samej rzeczy niedrożność dwunastnicy.

Rydygier L. nie chce mówić o rozmaitych sposobach operacyjnych, a tylko w sprawie zasady operowania przepuklin u dzieci chciałby zazna-

czyć, że tam, gdzie istnieją odpowiednie środki i troskliwość — zakłada u dzieci pasek przepuklinowy, ponieważ ten ostatni, dobrze nałożony i troskliwie dozorowany, nigdy nie szkodzi, a i po najbardziej aseptycznie wykonanej operacyi dzieci nieraz umierały. Wyniki po dokładnie przeprowadzonem leczeniu paskiem nie są gorsze, niż po operacyi krwawej. Gdzie warunków po temu brak, R. operuje u dzieci, i o tyle też swoje dawniejsze zapatrywania zmienił.

Szuman widział przypadek zgorzeli jądra po nakładaniu paska przepuklinowego, gdzie nastąpiło zapalenie otrzewnej worka przepuklinowego, które następnie uogólniło się na całą otrzewną.

Łapiński W. (Warszawa). Podziela poglądy poprzednich mówców odnośnie operowania przepuklin pachwinowych u dzieci. Starsze wiekiem dzieci operuje sposobem Bassiniego, młodsze zaś, w celu skrócenia czasu trwania operacyi, sposobem Broca. Sposób ten polega na tem, że po wysokiem podwiązaniu worka przepuklinowego bierze się w szew na znacznej przestrzeni mięśnie brzucha i przyszywa się ów mocny płat mięśniowy do więzu Pouparta. Co się tyczy pasków, to powszechnie są znane słabe strony stosowania pasków z pelotami u dzieci małych. Ł. z powodzeniem stosuje w takich razach opaskę z pasma bawełny, używanej w klinice dziecięcej w Wiedniu. Węzeł takiej opaski dobrze utrzymuje przepuklinę, a opaska nie uciska brzucha, łatwo daje się myć, winna przeto być stosowana zwłaszcza w praktyce ambulatoryjnej.

Kader (Kraków), operując przepukliny udowe, otwiera jamę otrzewnej i dokładnie ogląda stosunki jelit dookoła otworu przepuklinowego. Raz jeden spostrzegał śmierć przez przyrost pętli jelita do otworu, co wywołało zamknięcie światła jelita. Istnieje więcej, niż 50 sposobów operowania przepuklin udowych. Przebieg pooperacyjny lepszy, niż po operacyi przepuklin pachwinowych.

Zaremba. Nawiązując przemówienie swe do wykładu Marcinkowskiego, zaznacza, że operował również przypadek uwięźnienia dwóch pętli w worku przepuklinowym, a trzeciej — wewnątrz jamy otrzewnej, t. z. uwięźnienia jelita „en W". Wszystkie 3 pętle uległy zgorzeli, tak iż musiał wyciąć około ½ metra jelita cienkiego w pobliżu jelita ślepego. Połączenie wykonano przy pomocy guzika Murphyego. Chory zniósł zabieg dobrze, po 3 dniach wystąpiły ponownie objawy zamknięcia światła jelit. Wykonano po raz wtóry otwarcie jamy otrzewnej, i znaleziono, że przyczyną powyższych objawów było wsunięcie się glist do otworu guzika Murphyego i nagromadzenie się tych robaków w jelicie doprowadzającem, tuż przed guzikiem Murphyego. Ponownego wycięcia części jelita, zawierającej guzik Murphyego, chory nie wytrzymał.

Rydygier L., jako sprostowanie do przemówienia Szumana, zaznacza z naciskiem, że po dobrem nałożeniu paska i wobec dobrego i dokładnego dozorowania nie mogą wystąpić takie złe skutki, jak opisuje je Szuman. W innych przypadkach i R. zaleca operacyę, jak to wyżej powiedział.

Ostrowski Tadeusz (Lwów). „O gruźlicy kątnicy". Wnioski, wyprowadzone w klinice lwowskiej ze spostrzegania 20 przypadków, są następują-

ce. Gruźlica kątnicy w postaci guza, zwężającego światło kiszki, nie jest cierpieniem rzadkiem. Śród momentów etyologicznych zasługują na uwagę: a) pierwotne zmiany w narządzie oddechowym, skąd połykana plwocina z laseczników gruźlicy powoduje zakażenie przewodu pokarmowego; b) zmiany gruźlicze w gruczołach krezkowych; c) pierwotne zmiany gruźlicze w wyrostku robaczkowym: w klinice w 5 przypadkach stwierdzono podczas I operacyi zmiany tylko w wyrostku, następnie we wszystkich przypadkach sprawa gruźlicza przeszła na kątnicę. Co do leczenia — O. zaleca wczesne operowanie, najlepiej — jednoczesne wycięcie z zaszyciem jamy brzusznej. Sposób ten dał 87,5% wyleczeń. Nie sączkuje się jamy otrzewnej, by zapobiedz powstawaniu przetok kałowych, i dla skrócenia leczenia zakładowego, które licho wpływa na stan ogólny w takiem cierpieniu, jak gruźlica, które jaknajbardziej wymaga leczenia klimatycznego.

Zespolenie jelit stosuje O. wyjątkowo, tam — gdzie zachodzi potrzeba wycięcia zbyt rozległego, lub gdy stan chorego jest zalichy. Zespolenie takie uważa O. za zabieg wstępny, gdyż po nim zmiany anatomiczne nieraz cofają się i wtedy należy wykonać zabieg doszczętny.

Dobrucki (Lublin). „Przyczynek do patologii i chirurgii wgłobień, powstających w okolicy kątnicy".

Wobec b. ograniczonego czasu do przemówienia D. ogranicza się do przedstawienia kilku okazów wgłobienia kiszek, usuniętych przezeń na drodze operacyjnej, cały referat pozostawiając do wydrukowania w pamiętniku Zjazdu.

POSIEDZENIE III

Cybulski i *Eiger* (Kraków). „O elektrokardiogramach w rozmaitych rodzajach narkozy".

Sprawa zjawisk elektrycznych w tkankach żywych długi czas pozostawała ciemną, gdyż nie miała ścisłego związku z biologią; elektrochemia zaledwie połączyła obie te dziedziny. Następnie objaśnia referent teoryę jonów i sposób powstawania prądów elektrycznych w tkankach żywych. Do badania tych właśnie prądów, nader szybko przebiegających, nie wystarczają dawniej używane galwanometry. Przed 10 laty został zbudowany nader czuły galwanometr, t. zw. struna Einthovena, której wahania ku górze lub ku dołowi wykazują, jaki prąd przebiega w danej chwili przez tkanki. Żywa tkanka albo pozostaje w stanie spoczynku wtedy, gdy narasta w niej zapas energii — anabolizm, albo też znajduje się w stanie czynnym, gdy zużywa energię nagromadzoną — katabolizm. Za pomocą badania żywych tkanek strunowym galwanometrem pokazało się, że podczas spoczynku przebiega przez tkankę prąd zstępujący od góry ku dołowi, podczas zaś pracy zachowuje się przząd elektryczny odwrotnie. W ten sposób można śledzić procesy, które odbywają się w żywej tkance. Cybulski robił doświadczenia nad sercem, którego mięsień zachowuje się tak, jak każdy inny mięsień. Wyniki tych badań przedstawia Eiger; mają one pewne znaczenie dla badania serca przed uśpieniem. Jest to metoda nader czuła i dokładna. Możemy te uchylenia struny fotografować, albo też rzucać na ekran,

jako krzywą, której załamania pokazują, w jakim stanie pozostaje mięsień sercowy. Prądy elektryczne w mięśniu są ściśle związane ze sprawą asymilacyi w nim. Badania wykazały, że pod wpływem narkotyków krzywa znacznie zmienia się, staje się ujemną, co dowodzi rozpadu w tkance. Następnie E. pokazał krzywą żaby i psa prawidłową i pod wpływem narkotyków, chloroformu, eteru i tropakokainy. Z tych krzywych i ich załamań widać, że mięsień serca pod wpływem narkotyków traci zdolność do asymilacyi. Stąd można wnioskować, że elektrokardiogramy mogą służyć jako sprawdzian stanu mięśnia sercowego zarówno przed, jak też w czasie całego przebiegu uśpienia.

Kryński (Warszawa). „Współczesne sposoby znieczulania".

Istnieją dwa sposoby znieczulania: już to działające na mózgowie za pomocą środków tak zwanych usypiających, już-to znieczulające nerwy obwodowe za pomocą środków, działających miejscowo. Do środków pierwszej kategoryi należy chloroform i eter, inne, jak brometyl, chloretyl i t. d., które służą do uśpienia bardzo krótkotrwałego i są mocno trujące, wyszły z użycia. Statystyka śmiertelności niemiecka do roku 1877 wykazuje, że od chloroformu umarło 1 na 2075, od eteru 1 na 5112, a od mięszanego użycia tych środków 1 na 7610. Statystyka Neubera za ostatnie 10 lat wykazała, że od chloroformu umarło 1 na 2060, od eteru 1 na 5900, z chloroformu i eteru stosowanego razem 1 na 3400, z powodu zaś znieczulania skopolaminą i morfiną 1 na 4762. Z powyższego widać, że co się tyczy chloroformu i eteru, śmiertelność od stosowania tych środków prawie wcale nie uległa poprawie. Polega ona na tem, że, stosując chloroform i eter, wprowadzamy do ustroju mocno działające trucizny. By zapobiedz szkodliwemu działaniu trucizny, zaczęto podawać środek kroplami; wstrzyknięcie przed usypianiem — morfiny znacznie zmniejsza ilość chloroformu lub eteru, potrzebną do uśpienia. Stosuje się skopolaminę razem z morfiną, co często wystarcza, by sprowadzić krótkotrwały sen; potem dodaje się w nieznacznej ilości eter lub chloroform. By zmniejszyć szkodliwe działanie chloroformu, dają go kroplami i wolno, gdyż stwierdzono, że na początku usypiania duża część jego pozostaje w ustroju niezużytkowana; działa on potem długi czas, wywołując uboczne objawy. By zapobiedz temu, daje się chloroform, ogrzany do 38°: paruje on wówczas łatwiej, i dlatego prędzej dostaje się do mózgu. W tym samym celu stosuje się wyłączenie z obiegu krwi kończyn przez bandażowanie; w ten sposób zatruwa się mniejszą ilość krwi mniejszą ilością chloroformu lub eteru, po skończeniu zaś uśpienia wprowadza się odrazu do ogólnego obiegu krwi dużą ilość krwi nie zatrutej, dzięki czemu zatrucie ustroju ustępuje prędko. Zmianom po uśpieniu ulegają najbardziej płuca i nerki, jakkolwiek zapalenie płuc nie zawsze zależy od działania chloroformu.

Pietrzykowski wykazał, że zapalenie płuc spostrzega się po operacyi przepukliny uwięzionej, i nie spostrzega się po operacyi przepukliny wolnej: zależy to więc od skrzepów, które potworzyły się w naczyniach krezki podczas uwięźnienia, a po operacyi zostały przeniesione do płuc. Ostatnimi czasy zalecono uśpienie za pomocą wstrzykiwania do żył zawiesiny 50 cm. sz. eteru w litrze fizyologicznego roztworu soli, po wstrzyknięciu

około litra tej zawiesiny otrzymywano szybkie uśpienie. Wstrzyknięcie takiej ilości roztworu soli kuchennej działa jednocześnie na chorego podniecająco. Sposób ten wszakże jest w znacznym stopniu szkodliwy, gdyż działa ujemnie na czerwone ciałka krwi. O ile chcemy, by uśpienie było nieszkodliwe, należy mieć na względzie 3 warunki: chorego należy bardzo dokładnie zbadać i przygotować do uśpienia; środek usypiający stosować kroplami najlepiej za pomocą zwykłej maski, nareszcie—należy zwrócić uwagę na stan usypianego po skończeniu uśpienia.

Od kilku lat stosuje się znieczulanie lędźwiowe. Jako zaletę uśpienia ogólnego podnosi się okoliczność, że można środek usypiający szczegółowo dawkować, w razie zaś potrzeby — natychmiast przerwać usypianie.

Inaczej ze znieczuleniem lędźwiowem: tu wstrzyknięto środek, i ani go usunąć ani dodać nie można. Do ujemnych stron znieczulania lędźwiowego należy dodać również brak ścisłych wiadomości anatomicznych odnośnie topografii rdzenia i jego otoczek.

Przed wstrzyknięciem należy wypuścić od dziesięciu do pięćdziesięciu ctm. sz. płynu rdzeniowego; może to wpłynąć nader ujemnie na ustrój, gdyż nie wiadomo ściśle, jaka jest ilość płynu rdzeniowego prawidłowa, określają go od 100 do 150 ctm. sz. Obecnie prawie wszyscy używają do wstrzyknięcia tropakokainę. Bier wstrzykuje 0,05 do 0,08 na raz. K. zaznacza, że otrzymuje się dobre znieczulenie, gdy operuje się części ciała, położone niżej pępka. Chopmeyer miał dwanaście przypadków śmierci na 2400 znieczuleń, Strauss jeden na 1600, Kader 4 na 1000. Dzięki wydoskonaleniu techniki zmniejszyły się liczby przypadków nieudanych. Znieczulania lędźwiowego nie należy stosować u chorych w wieku poniżej 16 lat, gdyż mają oni niezupełnie rozwinięty układ nerwowy. Przeciwwskazania są tu te same, co i w innych rodzajach uśpienia. Często jest wadą tego sposobu, że chory nie traci przytomności, gdyż jest przerażony operacyą, co utrudnia jej wykonanie. Na zakończenia wymienia K. rozmaite sposoby znieczulania miejscowego — płynem Schleicha, sposobem Obersta, i t. d., które to znieczulenie, umiejętnie zastosowane, daje świetne wyniki.

Kader (Kraków). „O znieczuleniu lędźwiowem". Statystyka tego znieczulania jest tak licha, że należałoby od sposobu tego odstąpić. Spostrzegano rozległe zmiany w komórkach nerwowych rdzenia, które widywano i po uśpieniu za pomocą innych środków; zmiany te ustępują po upływie pewnego czasu. Jakkolwiek widuje się po znieczuleniu lędźwiowem długotrwałe bóle głowy, zmiany w moczu, niedokrwistość mózgowia po najmniejszym ruchu, osłabienie mięśni i t. d., jest referent wielkim zwolennikiem tej metody, niepomyślne zaś zejścia przypisuje wadliwej technice. Od dziesięciu lat stosuje ten sposób i używa obecnie tylko tropakokainę. Do dodatnich stron sposobu zalicza K. to, że można operować spokojnie, nie ma wymiotów, mięśnie są tak miękkie i podatne, jak po żądnem innem znieczuleniu, co jest szczególnie ważne w operacyach na szyi i w jamie brzucha. Najważniejsze—to technika i bezwzględna czystość. Sam sterylizuje dwuprocentową tropakokainę, rozpuszczoną w chemicznie czystej wodzie destylowanej. Do wstrzyknięcia używa zbudowanej przez się strzykawki; wstrzykuje w pozycyi siedzącej między dwunastym kręgiem grzbietowym i czwartym

kręgiem lędźwiowym. Wypuszcza dwa razy tyle płynu, ile wstrzykuje. Wiek chorego nie ma znaczenia, zależy to tylko od siły panowania nad sobą chorego, najmłodszy operowany miał 7 lat. K. wstrzykuje 8 ctm. sz. 2% roztworu, gdy operuje na kończynach dolnych, dziesięć do czternastu ctm., gdy operuje wyżej w jamie brzucha. W niedokrwistości i miażdżycy wstrzykuje 5 ctm. sz. Najwyższe nakłucie zrobił K. między siódmym kręgiem szyjowym i drugim piersiowym, wstrzykiwał do 5 ctm. sz. rozczynu tropakokainy w operacyach na szyi, wargach i jamie ust, ale tylko wtedy, gdy uśpienie było wyłączone, po wstrzyknięciu chorego układano w położeniu Trendelenburga. K. wstrzykiwał 2203 razy, z nich 260 razy wysoko. Spostrzegał następujące objawy uboczne: bezpośrednio silne bóle głowy, zaburzenia ze strony płuc, serca, wymioty, zatrymanie stolca, porażenie mięśni, znieczulenie trwało od 3/4 do 2 godzin. W pięciu przypadkach nastąpiła śmierć.

Co się tyczy drugiego referatu Kadera: o postępowaniu w razie syncope serca podczas uśpienia, to autor radzi natychmiast wykonać cięcie brzucha i masować serce, skoro tylko chory po paru minutach nie wraca do przytomności; miał kilka dobrych wyników.

Koczurba (Przemyśl). „O znieczulaniu lędźwiowem". W szpitalu operowano ogółem 160 przypadków:

62	w znieczuleniu za pomocą	stowainy:	dobre wyniki	56,	słabe	3,	nieudałe	3
7	„	„ nowokainy:	„ „	6,	„	—	„	1
85	„	„ tropakokainy:	„ „	79,	„	3,	„	3.

Porażeń po tem znieczuleniu nie spostrzegał, prócz jedno, lub dwudniowego zatrzymania moczu u mężczyzn, i w jednym przypadku bólu głowy, 2 tygodnie trwającego. Operowano tylko na narządach jamy brzusznej, wyłączano operacye, robione w położeniu Trendelenburga. Miejsce nakłucia odkażano nalewką jodową.

Goldberg (Łódź). „Spostrzeżenia nad znieczulaniem lędźwiowem".

G. zastosował znieczulanie lędźwiowe 218 razy, miał 87% wyników pomyślnych, 9% nieudanych, 4% półudanych. Raz jeden zastosował oma wiane znieczulenie u dziecka 9-letniego, zwykle u starszych ponad 15 lat. Kobiety znosiły to znieczulenie gorzej, niż mężczyźni. Operacyi powyżej klatki piersiowej nie robił, tylko raz jeden zrobił wycięcie żebra. Wstrzykiwał między 3—4 kręgiem lędźwiowym w położeniu zwykłem, wstrzykując 0,05 do 0,06 tropakokainy. Kilka razy zauważył syncope serca, porażenia mięśni i silne bóle głowy.

Sławiński (Warszawa). „O znieczuleniu miejscowem".

S. używa wyłącznie pół % roztworu nowokainy z suprareniną, i wstrzykuje bezpośrednio w pole operacyjne, lub też znieczula nerwy danej okolicy; znieczulenie to umożliwia wykonanie nawet większych zabiegów na kończynach. Raz jeden zastosował znieczulenie wewnątrztętnicze według Ranschoffa i zachęca do dalszych prób.

Operowanie w znieczuleniu miejscowem wymaga wprawy, należy znieczulać systematycznie i starannie, natomiast operować szybko i delikatnie. Rozczyn nowokainy, w dużych ilościach zastosowany, daje niekiedy osłabie-

nie i obfite poty, co mija po kawie czarnej i alkoholu. Należy pamiętać, że strzykawki i igły nie można gotować w sodzie. S. zaleca znieczulenie miejscowe do przepuklin pachwinowych i udowych, szczególnie u ludzi otyłych i starych, dalej do rozpoznawczych cięć brzucha oraz zabiegów na trzewach u osobników wyniszczonych. Największą zaletą tego znieczulania jest umożliwienie rozszerzenia zakresu operacyjności pewnych cierpień.

Rosner (Kraków) staje w obronie przyrządu Draegera. Jest zwolennikiem znieczulania rdzeniowego. W klinice znieczulał w ten sposób 332 razy, z tego 287 razy w cięciach brzucha. Wstrzykuje 0,06 do 0,10 tropakokainy, śmierci w związku ze znieczuleniem nie widział. Jedna chora dostała obustronnego porażenia nerwu odwodzącego, które trwało pół roku. Dwa razy zaszła potrzeba sztucznego oddychania; obie chore wyzdrowiały. Dodatnie strony tego sposobu są następujące: odpada potrzeba kontrolowania chloroformatora, po upływie pierwszego kwadransa chorzy są po za niebezpieczeństwem; rozluźnienie mięśni jest całkowite. Uważa, że w czasie operacyi należy oszczędzać chorym wszelkich niemiłych wrażeń. Za błąd uważa wstrzykiwanie powyżej drugiego kręgu lędźwiowego.

Rzętkowski (Warszawa) sądzi, że ponieważ pod wpływem usypiania komórki przestają asymilować, przeto należy wystrzegać się serca już chorego. Pozatem nie należy chloroformować w przypadkach przekrwienia płuc, gdyż wówczas wypadnie dać bardzo dużo chloroformu i w ten sposób zadużo chloroformu dostaje się do mózgu. Śmierci przewidzieć nie można, gdyż nie możemy wiedzieć, jakim zasobem energii rozporządza serce. Należy chorego psychicznie przygotować do uśpienia, bowiem często spotyka się nerwową syncope serca.

Szuman spostrzegał u mężczyzny 44-go, który nadużywał alkoholu i tytoniu, po wstrzyknięciu małej dawki nowokainy z suprareniną w wielki palec u nogi, postępującą zgorzel całej stopy. Podobne dwa przypadki ogłoszone są przez Strohe. S. poleca używanie do znieczulenia miejscowego alipinę, która nie wywiera złego wpływu na naczynia krwionośne.

Landau (Warszawa) podnosi trudności w określeniu, czy chorego można bez szkody usypiać, szczególniej po krótkiem powierzchownem badaniu. Mackenzie twierdzi, że śmierć od chloroformu wcale nie jest wywołana przez serce, lecz innemi przyczynami. W każdym razie nie należy usypiać w angina pectoris i w tak zwanym status lymphaticus. Elektrokardiografia ma wielkie znaczenie dla badania mięśnia sercowego.

Spielrein (Warszawa) stosował znieczulenie lędźwiowe w 100 przypadkach u osobników, mających więcej niż 45 lat, obecnie używa tropakokainę, wkłuwa między trzecim i czwartym kręgiem lędźwiowym w pozycyi siedzącej. Ubocznych objawów spostrzegał bardzo mało, raz jeden po zastosowaniu położenia Trendelenburga chory przestał oddychać, po powrocie do poziomej pozycyi chory znów zaczął oddychać. Na ogół uważa znieczulenie to za dobre.

Ciechomski (Warszawa) zwraca szczególną uwagę na stan chorego przed i po operacyi, zaleca stałe płukanie ust, co ma zapobiegać zaburze

niom w drogach oddechowych. Stosował często skopolaminę, lecz też często miał niepowodzenie, raz jeden śmierć. Znieczulenie lędźwiowe uważa za lepsze od chloroformu, wymaga ono dużej wprawy i uwzględnienia stanu psychicznego chorego. Poleca miejscowe znieczulenie nowokainą.

Zaremba. Raz jeden widział śmierć po użyciu chloroformu, i dlatego woli usypianie eterem. Chętnie stosuje znieczulenie lędźwiowe tropakokainą, i otrzymuje pomyślne wyniki szczególniej w cięciach brzucha, gdyż niema zaburzeń ubocznych. Jednocześnie daje choremu do użycia wewnętrznego roztwór piramidonu, co ma zapobiegać bólom głowy.

Krauze (Warszawa). K. radzi zwracać baczną uwagę na stan psychiczny chorych. Znieczulenie lędźwiowe stosował sto kilkadziesiąt razy i ani razu nie miał żadnego powikłania. Ból głowy występuje zawsze i nie ustępuje od piramidonu. Rozluźnienia zwieracza odbytnicy nie spostrzegał.

Zawadzki Al. (Warszawa) przedstawia przyrządy do usypiania, szczególniej w operacyach na twarzy. Zwraca uwagę na niedomogę wątroby po chloroformie. Stosował 3 razy znieczulanie dożylne z pomyślnym wynikiem.

Sawicki B. (Warszawa). Statystyka śmiertelności od chloroformowania wynosi u nas 1 na 3200. Bardzo ważną rolę w uśpieniu i w znieczuleniu gra stan psychiczny chorego. Zwraca uwagę, że gdy chory sinieje w czasie usypiania, należy natychmiast usunąć środek usypiający.

Pruszyński (Warszawa) oświadcza, że statystyki śmiertelności po chloroformowaniu uwzględniają tylko śmierć natychmiastową, a nie śmierć, która następuje w kilka dni po uśpieniu. Chloroformowanie wywołuje zmiany chorobowe prawie we wszystkich narządach, działa ujemnie na czerwone ciałka krwi, szczególniej zaś na narządy wydzielnicze. Psychika chorego odgrywa niewątpliwie dużą rolę. Co się tyczy ratowania podczas syncope, często wystarcza wstrzyknięcie do żyły adrenaliny i mięsienie.

Ziemacki (Petersburg) oświadcza się na korzyść znieczulania lędźwiowego i kładzie duży nacisk na stan psychiczny chorego. Przekonał się, że o ile pozostawia się choremu wybór sposobu znieczulenia, chorzy po większej części wybierają uśpienie chloroformowe lub eterowe, gdyż nie chcą nic wiedzieć o przebiegu operacyi. Spostrzegał niezmierne bóle głowy po znieczuleniu lędźwiowem, które trwały nieraz dłużej, niż dwa miesiące. Pozatem kilkakrotnie widział nietrzymanie stolca, trwające cztery miesiące.

Kryński przypomina dane z farmakologii odnośnie przyczyn śmierci wśród uśpienia. Odróżniają się trzy możliwości: 1) omdlenie pierwotne drogą zwrotną wskutek podrażnienia n. krtaniowego dolnego, skąd przechodzi ono na rdzeń przedłużony, stąd zaś na n. przeponowy; 2) omdlenie wtórne wskutek działania chloroformu drogą krwi na rdzeń przedłużony i 3) omdlenie późne po długotrwałem usypianiu wskutek głębokich zmian w budowie niektórych narządów. Pierwszych dwóch możliwości da się uniknąć prawie zawsze dzięki umiejętnemu stosowaniu narkotyku, trzecia jest groźniejsza wobec długości zabiegu. Jeszcze raz wypowiada się na ko-

rzyść znieczulenia rdzeniowego, lecz jeszcze raz przestrzega przed zadużemi dawkami.

Wojnicz (Łuck) jest zdania, że warunkom, w jakich znajduje się lekarz prowincyonalny, najlepiej odpowiada znieczulanie za pomocą usypiania. Po znieczulaniu miejscowem lub lędźwiowem chorzy kręcą się, denerwują i następnie całe miasto opowiada o nieudanem znieczuleniu, co powoduje obniżenie powagi lekarza.

Rydygier L. Dopóki statystyka wykazuje najmniejszą śmiertelność po znieczulaniu chloroformem lub eterem, do tej pory trzymać się będzie takiego znieczulenia. Znieczulenie lędźwiowe stosuje w operacyach na nerkach.

Janowski (Warszawa) patrzy na krzywe Cybulskiego, jako na bardzo zajmujące doświadczenie, ale pozbawione wartości praktycznej, gdyż wszystkie sposoby znieczulenia dają prawie jednakowe zmiany kardiograficzne; inaczej być nie może, gdyż wszystkie znieczulenia powodują zmiany w układzie nerwowym a zatem i we wszystkich narządach. Zapytywanie terapeuty, czy chorego można usypiać, jest niepotrzebne, gdyż jest brak jakiegokolwiem kryteryum. Jest zwolennikiem znieczulania lędźwiowego.

Kader przed znieczuleniem stale stosuje naparstnicę lub strofant. Znieczulanie lędźwiowe kombinował z podawaniem morfiny i skopolaminy, lecz zamiast uspokojenia otrzymywał rozdrażnienie i dlatego zaniechał tego sposobu. Położenie chorego w tem znieczuleniu nie ma znaczenia, bo środek znieczulający prawie natychmiast dostaje się do komór mózgowych w każdem położeniu.

POSIEDZENIE IV.

Rosner. „O wyłuszczaniu włókniaków wśród radykalnej myomektomii". Z pomiędzy 70 przypadków wycięć macicy w 18 przypadkach R. ułatwił sobie znacznie zabieg, wyłuszczając uprzednio oddzielne włókniaki. Pomocniczy ten zabieg w operowaniu drogą laparotomii jest wskazany: 1) jeżeli włókniak rozwinął się pozaszyjowo; 2) jeżeli włókniakom towarzyszą cięższe zmiany w przydatkach i zrosty; 3) jeżeli rozwój włókniaka w przedniej ścianie szyi powoduje znaczne podniesienie się dna pęcherza ku górze; 4) jeżeli guz rozwinął się wśród więzu szerokiego, a przez to przysunął się do moczowodu.

Odnośnie techniki zabiegu należy zaznaczyć: 1) w dno macicy należy wkręcić jeden lub dwa korkociągi, którymi asystent mocno pociąga macicę ku górze, zapobiegając w ten sposób krwotokowi; 2) nacinając ścianę tylną ponad wyłuszczanym włókniakiem, należy macicę przechylić ku przodowi i odwrotnie; dzieki temu ściana rozstępuje się i włókniak lepiej się uwidocznia. 3) przecinając otrzewną, należy się starać, by kierunek cięcia zgadzał się z t. zw. peritonizacyą dna miednicy, która kończyć ma zabieg. W dole więc należy ciąć poprzecznie, co bynajmniej nie wyklucza cięcia podłużnego przez ścianę mięsną. 4) odsłoniwszy włókniak przez nacięcie ściany mię-

snej, należy weń wkręcić korkociąg i mocno pociągnąć, a wyłuszczenie udaje się z łatwością.

Rosner. „Dwa przypadki ciąży brzusznej“. R. przytacza dwa przypadki, które uważa za ciążę brzuszną pierwotną. W jednym z nich usunął trąbkę, którą można było uważać za pierwotną siedzibę jają, badanie histologiczne nie wykazało jednak żadnych zmian, któreby takie przypuszczenie usprawiedliwiały. R., wbrew twierdzeniu Wertha, sądzi, że takie jaje, znalezione w związku z otrzewną, może jednakże pochodzić z trąbki, zwłaszcza z jej zewnętrznego odcinka (z lejka lub ze strzępków jajnikowych). Podczas poronienia jajowodowego wylewa się sporo krwi do jamy brzusznej; w tej to krwi niekrzepnącej może jaje dłuższy czas żyć, a więc zachować zdolność do reimplantacyi.

Motz B. (Paryż). „O zapaleniu miedniczek nerkowych“. Ze względu na zmiany anatomopatologiczne M. rozróżnia trzy rodzaje zapalenia miedniczek: 1) zapalenia zwykłe, 2) z. ze zmianami ciężkiemi, 3) z. powikłane.

1) Zapalenie zwykłe dzieli się na: a) powierzchowne, b) podnabłonkowe, c) śródmiąższowe całkowite, d) okołomiedniczkowe. Zapalenia te przebiegają łagodnie i leczą się samoistnie, o ile niema specyalnych przeszkód po temu.

2) Do zapaleń ciężkich, po za rzadką postacią torbielową i łuszczycową (leucoplasique), należą: zapalenie brodawkowate (végétante), krwotoczne (hemorrhagique), i wrzekomobłonicze (pseudo-membraneuse).

3) Zapalenia powikłane, jeżeli im towarzyszą: a) zaburzenia jelit (nieżyt), b) rozlane zapalenie nerek, c) nieopróżnianie się miedniczek, d) kamienie w miedniczkach.

Tak znaczna liczba odmian zapalenia miedniczek ogromnie utrudnia postępowanie lecznicze. To też pod względem terapeutycznym zwykle dziś kierujemy się podziałem klinicznym na zapalenia: 1) ostre, 2) podostre i 3) przewlekłe.

1) W zapaleniach ostrych zaleca się leżenie w łóżku, ziółka moczopędne, mleko, urotropina. Pod wpływem tego leczenia w wielu przypadkach następuje wyzdrowienie po 3 — 6 tygodniach. Być może, iż i tu należałoby nie czekać tego terminu, a wcześniej przystąpić do leczenia miejscowego przemywaniami. W każdym razie w ostrem zapaleniu z silnem zakażeniem wskazane jest wczesne przystąpienie do przemywań.

2) O ile stan się w ciągu kilku tygodni nie polepsza, wszyscy urolodzy są zdania, że należy zastosować przemywanie miedniczek. Nieraz po jednem przestrzyknięciu znika ropa i drobnoustroje; częściej należy wykonać 12—15 przemywań.

3) W przypadkach przewlekłych należy pilnie doszukiwać się przyczyny, która przeszkadza wyleczeniu chorego. Na nieszczęście wielu z tych przyczyn nie możemy jeszcze stwierdzić klinicznie, jako to: zajęcia całkowitego nerki (brak tu w tych razach wałeczków i zmian przy badaniu czynnościowem), zapalenia okołomiedniczkowego, zapalenia brodawkowatego, krwotocznego i wrzekomo-błonicznego śluzówki. Natomiast możliwe są do stwierdzenia: zaburzenia w trawieniu, niedostateczne opróżnianie się miedni-

czek, kamienie. Przy niedostatecznem opróżnianiu się miedniczki przemywania tejże mogą dać wyleczenie.

W obecności kamieni przemywania mogą stanowić tylko akt wstępny do operacyi. Do przemywań M. używa roztwór lapisu od 1:500 do 2:100; przemywanie powtarza co drugi dzień.

Kader. „W sprawie leczenia gruźlicy nerek oraz innych cierpień nerkowych".

K. przytacza statystyki sekcyjne Głuzińskiego i Walkera, z których wypływa, że niewielka odsetka gruźlicy nerek nadawałaby się do leczenia chirurgicznego. Sam mówca zaznacza, że najczęściej gruźlica występuje tu początkowo jednostronnie i że przeważna część chirurgów uważa zstępujący (descendens) typ gruźlicy narządów moczowych za zwykły. Stąd wniosek, że wcześnie rozpoznana i operowana gruźlica nerki może dać wyleczenie zupełne. Zresztą nawet gruźlica pęcherza nie może tu być przeciwwskazaniem, ponieważ po usunięciu nerki cierpienie pęcherza może ustąpić.

Na rozpoznanie gruźlicy nerki naprowadza nas badanie moczu, który bywa krwawo-ropny. Rzadziej występuje bolesność i guz nerki. U kobiet można, badając przez pochwę, stwierdzić zgrubienie moczowodu. Usuwając nerkę, K. wycina moczowód aż do samego pęcherza. W tym celu wykonywa jedno cięcie w okolicy lędźwiowej, drugie nad więzem Pouparta. Przez pierwsze oddziela nerkę i część moczowodu, przez drugie moczowód wraz z nerką aż do pęcherza; kikut moczowodu wgłabia do pęcherza.

Statystyka operacyi, wykonanych na nerce przez K. z powodu różnych cierpień;

gruźlica nerki . . .	29 przyp.	2 r. śmierć	
złośliwe guzy	3 „	2	„
ropnie nerek, kamica .	6 „	1	„
nephroptosis.	12 „	—	„
hydronephrosis. . . .	2 „	—	„

Jedlička pokazuje radiogramy kamienia nerkowego oraz sam kamień drogą operacyjną usunięty. Bóle w danym razie u chorego wystąpiły po raz pierwszy po silnym urazie.

Dobrucki przedstawia kamień wielkości niedużej pięści, ważący 132 grm., usunięty z prawej nerki 56-letniej kobiecie, od 27 lat chorej. Kamień wypełniał miedniczkę i kielichy.

Motz. „O rozpoznawaniu niektórych postaci gruźlicy nerek". Gruźlica nerek jest uleczalna, niekiedy nawet samoistnie. Należy przed operacyą zbadać mocz z każdej nerki oddzielnie. Cystoskopowanie w razie zajęcia pęcherza jest trudne lub wcale niemożliwe. Legueux w celu cewnikowania moczowodów w tych razach zalecał wykonać cięcie pęcherza i dopiero wówczas przecewnikować moczowody. Mówca nie radzi tego stosować. Proponowano obnażać moczowód, nacinać go i zbierać mocz do badania. Zamiast tego M. proponuje obnażyć nerkę, naciąć miedniczkę, wprowadzić cienki cewnik i zbierać mocz w ciągu 5 — 10 minut.

Fryszman. „O pyelo i uroterografii". Omówiwszy samą metodę badania, F. przytacza własne cztery przypadki, w których z powodzeniem po

siłkował się temiż metodami. W dwóch z pomiędzy nich udało się tą drogą stwierdzić, że wyczuwany guz nie należał do nerki.

Lenko. „Rzut oka na ruch działu urologiczuego w dziesięcioleciu 1901—1910 (z oddziału prof. Ziembickiego)“.

Ogólna liczba chorych, leczonych w oddziale chirurgicznym, wynosiła 1596, w ambulatoryum —1100, razem — 2696. Operacyi wykonano 420. L. omawia szczegółowiej zwężenia cewki i przerost sterczu. W zwężeniach cewki wysokiego stopnia, jeżeli nie udaje się wprowadzić świeczki włoskowatej, L. wstrzykuje do cewki, znieczulonej ciepłą kokainą, pod wiekszem ciśnieniem słaby rozczyn lapisu lub protargolu. Powtarzając wstrzykiwania codziennie, L. dochodzi do tego, że płyn przenika do pęcherza coraz łatwiej, a wreszcie i wprowadzenie świeczki staje się możliwe. Następnie stosuje systematyczne rozszerzanie cewki i mięsienie sposobem Motza.

Z powodu przerostu sterczu leczono 283 chorych. Z pomiędzy tych przetokę nadłonową sposobem Ponceta wykonano 17 chorym, nakłucie pęcherza sposobem Fleuranta i włożenie na stałe cewnika miękkiego 9 chorym; nacięcie sterczu języczkiem galwanokaustycznym w uretroskopie Goldscheidta 7 chorym; wreszcie wycięcie sterczu 8 chorym (drogą kroczową — 6 razy i cięciem nadłonowem — 2 razy). Odsetka uleczonych dla ogólnej liczby 283 t. zw. prostatyków wynosiła przeszło 19, opuszczających szpital z polepszeniem — 29, nieuleczonych — przeszło 41, zmarłych — 9.

Stankiewicz W. „O brodawczakach pęcherza moczowego“. S. spostrzegał w dwóch przypadkach brodawczaków pęcherza w parę lat po opecyi nawroty cierpienia w najbliższem sąsiedztwie miejsc, gdzie usuwano nowotwory. Stąd S. wnosi, że nawrot był tu następstwem stykania się guza z sąsiednią częścią śluzówki (szerzenie się per contiguitatem).

Kader uważa, że wobec zwężenia moczowodu leczenie zapaleń miedniczek za pomocą cewnikowania i przemywania miedniczki nie prowadzi do celu, gdyż w tego rodzaju przypadkach cewnikowanie nie udaje się.

Stankiewicz Wł. U chorych ze zstępującą gruźlicą nerki zwykle bywa zajęta gruźlicą i część pęcherza moczowego; stanowi to przeszkodę do stosowania wziernika pęcherzowego i wziernikowania moczowodów.

Grosglik S. (Warszawa). Chorzy z ostrem zapaleniem miedniczek bywają leczeni przez internistów, dopiero w okresie przewlekłym dostają się chirurgowi. G. stosuje wtedy płukanie miedniczek wodą wyjałowioną, potem—wstrzykuje 1—2% roztwór lapisu, to samo robi i w tych rzadkich przypadkach, w których sprawa, przebiegająca z gorączką, trwa długo.

Odnośnie nowotworów łagodnych pęcherza moczowego jest zdania, że rzadko ulegają one zwyrodnieniu złośliwemu.

Fryszman (Warszawa) jest przeciwny przemywaniu miedniczek w okresie ostrego zapalenia tychże; widzi wskazanie do cewnikowania tylko wtedy, gdy skutkiem zaktania moczowodu przez ropę występuje odnośny przypadek. Przytacza przypadek, który po jednorazowem wypłukaniu ropy z miedniczki wkrótce wyzdrowiał. Jest natomiast gorącym zwolennikiem leczenia przewlekłych ropień miedniczki za pomocą przemywania; widywał od tego b. pomyślne wyniki.

Motz. Nie jest dowiedzione, by przez zetknięcie się z brodawczakiem pęcherza wytworzyło się zaszczepienie nowotworu. Przeistoczenie prawdziwych brodawczaków pęcherza mocz. w nabłoniaki nie jest również jeszcze dowiedzione.

Zawadzki Al. zapytuje Kadera, dla czego we wszystkich przypadkach gruźlicy nerek usuwa cały moczowód aż do pęcherza moczowego. Sądzi, że wycinanie lub niewycinanie winno zależeć od przypadku: jeżeli moczowód nie jest zmieniony, wystarczy po podwiązaniu naczyń nerkowych nerkę wyjąć z częścią moczowodu nazewnątrz, ranę zaszyć, żegadłem przeciąć moczowód nazewnątrz od rany, i koniec moczowodu przymocować do skóry zdaleka od rany. Chora z gruźlicą prawej nerki, w podany sposób przez Z. traktowana, po 2 tygodniach po operacyi zaczęła pracować. Pęcherz moczowy, który przed operacyą posiadał owrzodzenie na prawej stronie, w 2 miesiące potem okazał się zagojonym.

Kader jest zdania, że lepiej robimy, usuwając cały moczowód, szczególnie — w naszych warunkach, gdy do rąk chirurga dostają się chorzy ze sprawą gruźliczą daleko posuniętą.

Rydygier L., pomimo wszelkich nowych sposobów, wprowadzonych do leczenia guzów gruczołu krokowego, pozostaje nadal zwolennikiem swego sposobu — kroczowego wyłuszczana guzów sterczu.

Mincer (Warszawa). Operował guzy gruczołu krokowego 22 razy, 7 razy sposobem kroczowym Rydygiera, 15 — cięciem nadłonowem; miał 1 zejście śmiertelne. Co do wskazań do zabiegu, to na pierwszem miejscu stawia przewlekłe zupełne lub częściowe zatrzymanie moczu, połączone z zatruciem i zakażeniem moczowem. W początkowych okresach — powoduje się materyalnem położeniem chorego: biedakowi należy zalecać operacyę, osobnikowi zamożnemu — można dłuższy czas stosować leczenie zachowawcze. Lecz i u tych chorych może zajść potrzeba wczesnego zabiegu, o ile cewnikowanie jest połączone z obfitem krwawieniem, b. dużą bolesnością, skłonnością do zakażenia po cewnikowaniu, często powtarzające się zapalenie jąder lub miedniczek nerkowych. Co do wyboru drogi, którą należy wykonać zabieg, to przeważnie wypada wybierać drogę nadłonową.

Grosglik S. jest stanowczym zwolennikiem wycinania sterczu sposobem Freyera. W przypadkach zatrzymania moczu pomimo małego sterczu uważa, że należy stercz wycinać, albowiem po operacyi otrzymuje się pomyślne wyniki czynnościowe.

Kryński wypowiada swój pogląd, że sposób Freyera dla tego daje pamyślne wyniki, albowiem jest połączony z cystopeksyą.

Sławiński. „W sprawie leczenia operacyjnego niepłodności męskiej“. Martin w r. 1901 wykonał mężczyznie, który przebył obustronne zajęcie najądrzy sprawą rzeżączkową, wszczepienie nasieniowodu w jądro. 19-go dnia po operacyi znaleziono w nasieniu plemniki; po upływie 284 dni potem żona tego mężczyzny zaszła w ciążę. Zachęcony tym przypadkiem, wykonał S. taki sam zabieg u 3 mężczyzn, lecz bez pomyślnego wyniku. Niepowodzenie mogło zależeć od niedrożności wyższych odcinków nasieniowodu, od tego — że zbyt późno zastosowano zabieg, i, być może, od tego, że dotychczasowa technika zabiegu nie jest jeszcze doskonała.

Motz zabiera głos w sprawie prostatyzmu bez guza sterczu. I mały stercz może uciskać cewkę moczową i powodować to, że przepuszcza z łatwością cewnik od przodu ku tyłowi, natomiast daje poważną przeszkodę w oddawaniu moczu — w kierunku od tyłu ku przodowi. Teorya nerwowa Bazyego lub Albarrana nie jest oparta na faktach, powstała na tle kombinacyi teoretycznych, również i teorya Ciechanowskiego nie tłomaczy tych przypadków. M. badał 15 takich sterczów, w 12 znalazł gruczolaki. Sądzi, że należy indywidualizować przypadki: gdy mięsień był duży wskutek przerostu, wynik po wycięciu sterczu jest dobry; gdy mięsień skutkiem zapalenia uległ zwyrodnieniu łącznotkankowemu, wynik operacyjny jest żaden.

Ziembicki po za operacyami doszętnemi widuje pomyślne wyniki za pomocą zabiegu, zalecanego przez Rovsinga, a mianowicie, najpierw nakłuwa pęcherz trójgrańcem, a po kilku dniach na jego miejsce wprowadza cewnik Pezzera № 14 na stałe. Powoli przetoka szczelnie obejmuje cewnik, ten można zatkać koreczkiem, i wtedy chory może bez żadnej przeszkody oddawać się swoim zajęciom zawodowym. Przez cewnik przepłukuje się pęcherz moczowy, raz na miesiąc zmienia się cewnik. Niektórzy chorzy po pewnym czasie oddają część moczu drogą naturalną, pomimo to cewnik pozostaje w pęcherzu na stałe, jako wentyl bezpieczeństwa. Jest to zatem — środek łagodzący, b. ważny szczególnie dla lekarzy na prowincyi, oddalonych od dużych szpitali. Przekłucie jest zabiegiem starym, lecz i łatwym i pewnym wobec dzisiejszych środków; przyprowadza ono pęcherz do porządku, chorego do spokoju, i w wysokim stopniu polepsza rokowanie dla chorego, gdyby zaszła potrzeba usunąć guz gruczołu krokowego doszczętnie.

Dembowski (Wilno) po wyłuszczeniu sterczu cięciem nadłonowem, za pomocą przyrządu Mariona przebija części miękkie, któremi jest oddzielona jama posterczowa od skóry krocza, i przez otwór ten sączkuje ową jamę posterczową w pęcherzu moczowym w kierunku ku dołowi; ma to znakomicie przyspieszać zagojenie się ran pooperacyjnych.

Stankiewicz Cz. (Warszawa) pokazuje preparaty wyciętych włókniaków macicy, i wszczepionego do pęcherza moczowego moczowodu.

Zawadzki A. przedstawia operowanego przez siebie chorego po całkowitem wycięciu krtani z częścią gardzieli; operacya wykonana przed 9-ma miesiącami, w 3 tygodnie po operacyi chory połykał i jadł dorze, nauczył się mówić szeptem tak dobrze, że słychać go na 3 — 4 kroki. Rak został stwierdzony badaniem drobnowidzowem. Następnie pokazuje fotografię chorej, której przed 6 miesiącami usunął guz czaszki w okolicy czołowej (osteitis fibrosa proliferans), cięcie na uwłosionej części głowy, odłuszczenie skóry, odpiłowanie guza, nasunięcie skóry, wyzdrowienie bez oszpecenia. Dotychczas ogłoszono takich przypadków 25.

POSIEDZENIE V.

Kopczyński Stan. (Warszawa). „W sprawie wskazań do trepanacyi paliatywnej w cierpieniach mózgu“. Przytacza najpierw 3 swoje spostrzeżenia. Następnie na podstawie swego doświadczenia oraz odnośnego piśmien-

nictwa przychodzi do następujących wniosków. Trepanacya paliatywna wskazana jest w nowotworach mózgu dla zmniejszenia ciśnienia wewnętrznego tam, gdzie nie można wykonać zabiegu doszczętnego. Trepanacya paliatywna wskazana jest w przypadku zwiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, kiedy nakłucie lędwiowe nie powinno, lub nie może być wykonane. Jest ona wskazana w przypadkach postępującej brodawki zastoinowej, grożącej choremu ślepotą.

Higier (Warszawa). „Zabiegi chirurgiczne w przewlekłych cierpieniach opon mózgu i rdzenia“. Wskazane są zabiegi operacyjne w niektórych uporczywych sprawach zapalnodegeneracyjnych opon twardych mózgowia (pachymeningitis haemorrhagica), i łatwiej poddających się rozpoznaniu sprawach przewlekłych opony twardej rdzenia (pachymeningitis hypertrophica spinalis sup. et inf.). Następnie należy operować w torbielach wrodzonych i nabytych, dających nieraz obraz guza rozlanego. Pomyślne są również wyniki lecznicze w samoistnem wodogłowiu przewlekłem; odmianę tego ostatniego stanowi wodogłowie surowicze, towarzyszące ograniczonym sprawom ropnym ucha lub nosa. W t. z. nowotworach rzekomych operacya, jakkolwiek nic zazwyczaj nie wykrywa, daje jednak poprawę znaczną. Dobre wyniki otrzymują się w nowotworach łagodnych opon mózgowia i rdzenia; dają się również usunąć doszczętnie guzy kąta mostowomóżdżkowego, przysadki i gruczołu szyszkowatego.

Ziembicki operował 2 przypadki guzów podmóżdżkowych. Przypadek I: rozpoznanie tumor acusticus strony lewej. Wobec objawów ucisku mózgowia, postępującej utraty wzroku i głuchoty operował Z. dwuczasowo. Za pierwszym razem wytworzono płat skórnokostny, znaczna poprawa wzroku. Za drugim razem wyłuszczono guz; krwawienie nader obfite. Śmierć w godzin 8 po zabiegu, prawdopodobnie na skutek wstrząsu i upływu krwi. Guz został wyłuszczony ze swego łożyska, drugi mały guz był przy kości skalistej na stronie prawej; prawie wszystkie nerwy ośrodkowe i obwodowe usiane nerwiakami, tak samo w ogonie końskim i 3 w n. żołądka. Przypadek II — rozpoznanie — nowotwór móżdżkowy, dobrotliwy, prawdopodobnie torbiel przy robaku na prawo. Operacya dwuczasowa. Po pierwszej części— wskutek zmniejszonego ucisku — poprawa wzroku, zniknięcie bólów głowy, aleksyi, rzucania się chorej na prawo. W czasie drugiej części operacyi — otwarto ogromną torbiel pod móżdżkiem. Po 2 dniach — śmierć. Na podstawie swego doświadczenia zwraca uwagę na momenty następujące: niebezpieczne jest w tej operacyi krwawienie: ogromnie utrudnia zabieg — wypadanie móżdżku; należy zakładać sączki pod podstawę płata kostnego; znieczulać lepiej jest chloroformem, niż eterem.

Sawicki Br. (Warszawa). „Leczenie objawów uciskowych rdzenia w gruźlicy kręgosłupa“.

Najczęściej objawy uciskowe w gruźlicy kręgosłupa powoduje ropień (peripachymeningitis). Zaburzenia uciskowe są leczone operacyjnie w dwa sposoby: angielski z Horsleyem na czele, i francuski, stosowany przez Menarda. Anglicy wykonywają całkowicie wycięcie łuków, łyżeczką i nożem usuwają zrosty i ziarninę. Francuzi natomiast twierdzą, że nie należy osłabiać kręgosłupa, już i tak zniszczonego przez sprawę chorobową, i wyko-

nywają „costotransversectomia“ — jest to dojście do ropnia z boku przez otwór w wyrostkach poprzecznych po uprzedniem odłuszczeniu opłucnej. Na podstawie doświadczenia osobistego S. uważa sposób francuzki za gorszy, za bardziej trudny; daje on dostęp prawie niemożliwy, łyżeczkowanie wykonywa się prawie na ślepo, po tym zabiegu pozostają przetoki, w naszych warunkach b. trudne do zagojenia, w razie zaś zakażenia dające niepomyślne zejścia. Sam wykonał 18 razy wycięcie łuków, 15 razy w porażeniu poprzecznem. Wśród tych 15 — 1 śmierć na stole operacyjnym z krwotoku, w czasie odłuszczania mięśni. Otwierając 14 razy kanał kręgowy tylko 2 razy nie znalazł pachymeningitis, w 12 przypadkach były zrosty; z tego względu należy uważać metodę angielską za lepszą. Sam Menard chętniej leczy chorych dobrem powietrzem, unieruchomieniem, niż swoją operacyą.

Wnioski: gdy chory ma zaburzenia czucia, męczy sie od chodzenia, należy stosować wyciąg, gorset. Gdy występują porażenia — zachodzi potrzeba operacyi. Wyniki 15 operacyi S. są następujące: 1 śmierć w przebiegu operacyi, 8 polepszeń lub zupełnych wyzdrowień, 6 operowanych bez polepszenia. Jeden świeży przypadek — stan lepszy. Dwie chore zmarły w czasie późniejszym — jedna w 6 lat wskutek gruźlicy nerek, druga w rok po operacyi od zapalenia opłucnej i osierdzia. Z pomiędzy 6 bez polepszenia — jedna zmarła w 4 dni, druga — w 6 tygodni, trzecia w cztery miesiące, trzy — po 3 miesiącach.

Zawadzki A. „Przyczynki do chirurgii zwoju Gassera“. Operacya całkowitego wycięcia zwoju Gassera jest ze względu na stosunki anatomiczne niezmiernie trudna, w pewnych razach prawie niewykonalna. Wobec tego, że pozostawienie bodaj cząstki zwoju nie daje pewności trwałego wyzdrowienia, całkowite zaś wycięcie często jest groźne dla życia, lepiej jest w przypadkach, gdy wszystkie gałęzie są zajęte, wykonać wycięcie korzonka nerwu trójdzielnego przed jego wejściem do zwoju, lub, jak radzi Dollinger, przeciąć gałęzie tuż przy ich wyjściu ze zwoju. Wszystkie 3 gałęzie są zajęte rzadko, najczęściej spotyka się nerwoból I lub II gałęzi, rzadziej — obu jednocześnie. Przyczyny należy szukać na obwodzie w kanałach kostnych, w zepsutych zębach i t. p. Usunięcie pierwotnej przyczyny na obwodzie sprowadza trwałe wyzdrowienie.

W przypadkach świeżych można próbować wstrzykiwań 80% wyskoku. Tablice pokazują stosunki anatomiczne zwoju Gassera, oraz sposób wstrzykiwania, podany przez Offerhausa. Raum wykonał 4 razy wycięcie zwoju Gassera, w trzech — trwałe wyzdrowienie, jeden przypadek zakończył się śmiercią po 2 dobach wskutek krwotoku podczas zabiegu.

Rydygier A. (Lwów) zdaje sprawę z operacyi mózgowych, wykonanych w klinice lwowskiej: 16 razy wykonano nakłucie Brahmana, jeden raz dekompresyę Cuschinga, 2 razy temporalną (nastąpiło wypadnięcie). Po nakłuciach Brahmana wyniki b. pomyślne. W operacyach na czasce posiłkowano się motorem elektrycznym i piłą Sudecka, b. często — kleszczami Dalgreena. Dwa przypadki wycięcia zwoju Gassera były b. trudne, bowiem poprzedzała je operacya Kroenleina; operowano dwuczasowo, płaty z podstawą u góry. Wycięcie łuków wykonano 2 razy, jedno z powodu mięsaka

trzonu, poczem chory był naświetlany promieniami Roentgena, żyje po operacyi już 2 lata, dopiero teraz występują przerzuty. 2 razy wykonano operacyę Foerstera, jedną z powodu choroby Littla, drugą — z powodu blizn po urazie, w obydwu przypadkach polepszenie. Dla ułatwienia wbijano w trzon przed operacyą gwóźdź.

Chlumsky jest zdania, że w ucisku rdzenia wyciąg daje dobre wyniki, zaleca nacieranie szarem mydłem, przestrzega przed stosowaniem gipsu, poleca gorsety z masy Hessinga. Nerwobóle n. trójdzielnego leczy przegrzewaniem (diatermią).

Krauze (Warszawa) operował przypadek tumoris acustici. Krwawienia z wypustów nie było. Znalazł zbitą tkankę, podobną do guza, i tę wyciął, ranę zaszył całkowicie. Trzeciego dnia ciepłota podniosła się, wskutek tego K. rozpruł ranę i ropy nie znalazł, wprowadził wtedy paski gazy wyjałowionej. Z właściwą operacyą otworzenia opony twardej i wycięciem guza musiał wstrzymać się około 2 tygodni, co zwykle wykonywa się 5–6 dnia. Chory zmarł, sekcya wykryła ropienie w zatoce jamistej, guz zaś składał się ze zbitej tkanki mózgowej, wypełnionej małymi ropniami. Co się tyczy gruźlicy kręgosłupa, K. operował 3 chorych, którzy wyzdrowieli, lecz po kilku miesiącach wystąpiły ponownie poprzednie objawy. K. nie wie dotychczas, czy wytworzyło się świeże ognisko gruźlicze, czy zgięcie rdzenia. W jednym przypadku, rozpoznanym jako zapalenie gruźlicze opon, K. wykonał nakłucie komory bocznej bez wyniku.

Zawadzki A. W oddziale Rauma w nowotworach mózgu nie wykonywa się nakłucie lędźwiowe, ponieważ może ono spowodować nagłą śmierć. Przekłucia Neisser-Pollaka również nie wykonywa się ze względu na możliwe zakażenie, lub krwotoki. Nakłucia komory bocznej stosują się podług Kochera lub Keena.

Kryński. Co się tyczy nerwobólów, poleca bardzo wstrzykiwania 80% wyskoku do otworu kostnego, z którego wychodzi nerw. Postępowanie to jest proste, środek zupełnie nieszkodliwy, mało bolesny i na nic chorego nie narażający. K. stosował to postępowanie w ostatnich czasach u 8-iu chorych z nerwobólem pierwszej, drugiej lub trzeciej gałęzi n. trójdzielnego z wynikiem bardzo pomyślnym i zachęcającym.

Ziembicki. Doszczętne usuwanie torbieli podmóżdżkowych odnosi się tylko do torbieli o ścianach grubych, które przeważnie znajdujemy w nowotworach lub bąblowcach. Torbiele surowicze, jakie spotykamy na tle zapalenia surowiczego opon, zapalenia pajęczynówki, lub uchyłków, mają ściany tak delikatne, jak pajęczyna. Co do sączkowania, to jest-to trudne. W nerwobólach cztery razy stosował wstrzykiwanie wyskoku z pomyślnym wynikiem.

Łapiński W. (Warszawa). Porażenie poprzeczne w gruźlicy kręgosłupa u dzieci ma przebieg inny, niż u dorosłych, przebiega ono łagodniej i posiada większą skłonność do samowyleczenia. Wskazania przeto do wycięcia łuków u dzieci są o wiele rzadsze. Ł. pomija te przypadki niedowładu kończyn dolnych, gdy dzieci nie mogą chodzić, ani stać, lecz zachowały ruchy w kończynach i przytacza dwa najcięższe ze spostrzeganych przez siebie przypadki porażenia poprzecznego, dotyczące dzieci pięcio i dwu-

nasto letnich, u których istniał bezwład zupełny i nogi leżały jak kłody. Ł. zastosował łóżka gipsowe reklinacyjne, w których dzieci leżały 11 i 6 miesięcy, i wyleczyły się zupełnie i trwale. Takie spostrzeżenia każą zająć we wstawianiu wskazań do wycięcia łuków u dzieci stanowisko nader wyczekujące.

Borzymowski (Warszawa). Wykonał 10 operacyi na mózgu. W przypadkach ropni należy być doszczętnym: w jednym przypadku 3 razy operował chorego z ropniem mózgu i otrzymał wynik pomyślny. W drugim natomiast — ropień móżdżku — przekłucie próbne nie dało wyniku, operacya została odłożona, tymczasem chora zmarła w przeddzień zabiegu. W przypadkach wiercenia kości dekompresyjnego wynik był zawsze pomyślny, natomiast w dwóch przypadkach operacyi doszczętnej wynik był niepomyślny. W operacyach na mózgu radzi dla uniknięcia zakażenia zeszywać oponę twardą z oponą miękką; stosował to w zabiegu na móżdżku i w guzie mózgu, wystąpiło jednak zapalenie opon mózgowych, co przypisuje wadliwej technice szwu. Po wycięciu łuków proponuje bezpośredni wyciąg kręgosłupa za pomocą specyalnego urządzenia.

Mieczkowski. Poleca szczypce Dalgreena ze zmianą Querwaina. Płat kostny wielkości dłoni można utworzyć szczypcami w przeciągu 8 — 10 minut.

Zaremba. W gruźlicy kręgów stosuje gorsety uciskające Calota. Metodą tą Z. leczy obecnie garby gruźlicze z pomyślnym wynikiem, nawet powikłane porażeniem kończyn, które to porażenie ustępuje. Obok tego Z. zwraca dużą uwagę na ogólne odżywianie, pobyt chorych na świeżem powietrzu, i stosuje obficie nacieranie szarem mydłem części ciała, nie pokrytych gipsem.

Czarkowski J. (Warszawa). Stwierdza na swoich dwóch przypadkach, że można usuwać bardzo rozlegle łuki, nie wywołując powikłań i uszkodzeń statyki kręgosłupa. W pierwszym swoim przypadku C. usunął 7 łuków z powodu zapalenia opony twardej zewnętrznego gruźliczego, w drugim 5 łuków, poszukując guza, i otwierając na całej długości oponę twardą.

Rydygier L. „Nasze stanowisko w leczeniu chirurgicznem wrzodu żołądka“. Przedstawia rozmaite sposoby wykonywania wycięcia żołądka, zaznacza raz jeszcze swoje pierwszeństwo wykonywania tego zabiegu, aczkolwiek Pean wykonał pierwszy, ale po zejściu śmiertelnem chorej sposób ten odradzał stosować. Obecnie stosuje bezpośrednie zeszywanie kikuta żołądka z dwunastnicą, fałdując kikut; udaje się to, gdy otwór żołądka nawet dwukrotnie przekracza otwór w dwunastnicy. Sądzi, że wycięcie daje lepsze wyniki, niż zespolenie.

Marcinkowski. Spostrzegał chorą 44-ro letnią, dotkniętą charłactwem, Hglb. 45%, z przypadłościami żołądkowemi i guzem w brzuchu. Badanie mikroskopowe wyciętego guza wykazało rak gruczolakowy odźwiernika. Dziś po 18 miesiącach jest zdrowa, tyje, ma jednak wstręt do mięsa. M. stwierdził, że u zdrowego człowieka w 3—3½ godzin po jedzeniu w wypłuczynach żołądka niema skrobi, tylko bywają barwiące się na niebiesko kłaczki — śluz, oblepiony kulkami skrobi; natomiast w rozstrzeni jeszcze 5—6 g. po próbnem śniadaniu cały płyn wypłuczynowy barwi się od obecnej skrobi.

W pewnej grupie i naczczo cały płyn wypłuczynowy barwi się od jodu, i całe miesiące płukania i dyety nie sprowadzają wtedy poprawy. W takich przypadkach stwierdził M. anatomiczne zwężenie odźwiernika, polegające na obecności guzów albo blizn. Odczyn jodowo-skrobiowy nadaje się do stałej kontroli sprawności mechanicznej żołądka, gdy tenże jest codziennie płukany w celach leczniczych. Po zabiegach z wycięciem odźwiernika lub z ominięciem albo wyłączeniem, sprawność żołądka szybko powraca do stanu prawidłowego.

Ciechomski. „Uwagi nad plastyką przełyku według Roux". (Odczyt w całości wydrukowany w numerze bieżącym „Prz. Chir. i Gin".).

Sławiński. „Zabiegi chirurgiczne w świeżych przypadkach otrucia ługiem".

Przetoka żołądkowa wystarcza tylko w przypadkach lżejszych, umiejscowionych w przełyku i wpuście, w razie zaś rozleglejszych obrażeń żołądka należy posługiwać się przetoką jelita czczego. Jest to zabieg krótszy, wykonany na zdrowym narządzie. Przetoka jelitowa zapewnia odżywianie dostateczne i goi się szybko w razie potrzeby.

Zawadzki A. „O operowaniu aseptycznem na żołądku i kiszkach". Gwarancyę zupełnej aseptyki w operacyach odnośnych daje unikanie styczności ze śluzówką. Stosowanie węzła, kapciuchowo zamykającego światło końców kiszek po wycięciu między nimi odcinka żegadłem, oraz szycie otrzewnej i mięśniówki tylko pozwala wykonać zespolenie aseptycznie. Przed zaciągnięciem ostatniego szwu lekkie szarpnięcie za pętlicę wystarcza, by miejsce zespolenia obu zamkniętych końców kiszki uczynić drożnem. Szereg zdjęć fotograficznych ilustruje momenty operacyjne.

Tuchendler A. „O rektoromanoskopii". T. zaznajamia słuchaczów z badaniami, odnoszącemi się do oświetlania dolnego odcinka odbytnicy i kiszki esowatej T. kładzie specyalny nacisk na ułożenie chorego. Wziernikowanie pozwoliło w wielu razach zrobić rozpoznanie i w tych przypadkach, gdzie drogą badania palcem było to niemożliwe, a więc w przypadkach sprawy, umiejscowionej wysoko. Nakoniec T. opisuje przypadek, w którym przy dolegliwościach, podobnych do raka, wykrył wysypkę, przypominającą półpasiec.

Kryński przypomina, że o wiele wcześniej, niż badania z kliniki Roux, robił badanie nad unaczynieniem krezki i jelit; z badań tych wynika, że przecięcie krezki tem jest groźniejsze dla odżywiania jelita, im bliżej ściany jelita przecinamy ją. Stąd operacya Roux ma tem większe szanse, im więcej wraz z jelitem zabierzemy i jego krezki.

Mieczkowski. Dawniej we wrzodzie żołądka wykonywał połączenie żołądka z jelitem, obecnie zaś, przekonawszy się w kilku przypadkach, że owrzodzenie przechodziło w raka, stosuje w tych razach wycięcie odźwiernika.

Borzymowski uważa, że otrutych ługiem należy kierować natychmiast do chirurga, a rozszerzanie winno być rozpoczęte wcześnie; zgłębnik należy wprowadzać na kilka godzin, do czego chorzy szybko przyzwyczajają się.

W sprawie guzów odźwiernika B. zwraca uwagę na zdolność guza do zmiany miejsca w brzuchu, zależnie od napełnienia żołądka; ta rucho-

mość dowodzi, że guz nie jest zrośnięty z otoczeniem i wskazuje na możliwość wycięcia odźwiernika.

Ziemacki. „Wybór metody operacyjnej w kamicy żółciowej". Sprawy odnośne należy podzielić na jałowe i septyczne. Zabiegi lecznicze są następujące:

1) Rozcięcie idealne pęcherza powinno być zupełnie zaniechane.

2) Utworzenie przetoki pęcherzowej powinno znaleźć jaknajszersze zastosowanie, zwłaszcza w ropnem zapaleniu pęcherza.

3) Wycięcie pęcherza żółciowego znajduje zastosowanie tam, gdzie organy żółciowe są całkowicie zniszczone; w przypadkach ciężkich zabieg ten łączy się z sączkowaniem przewodu wątrobowego.

4) Utworzenie przzotoki pęcherzowo-jelitowej; metoda ta zostaje ściśle ograniczona do przypadków, w których przewody żółciowe są niedrożne z powodu nowotworów złośliwych i gdzie mamy na celu utworzenie drogi okólnej dla odpływu żółci z wątroby do jelita.

Wykonał z górą 50 zabiegów na drogach żółciowych.

Szerszyński. Cholecystenterostomia jest kwestyą sporną, ze względu na jej wpływ na drogi żółciowe.

Z pośród 7 psów z wykonanem zespoleniem u 4 znaleziono cholangitis i hepatitis purulenta. Wyniki tych doświadczeń przeczą poglądom Kehra i Mayo Robsona, którzy uważają zabieg ten za nieszkodliwy. Z doświadczeń S. i Hubickiego wynika, że żaden sposób operacyjny nie zapobiega zakażeniu dróg żółciowych".

Rottermund. „Leczenie wakcyną specyficzną przewlekłych zapaleń dróg żółciowych".

Badając żółć, wydzielaną przez przetoki, doszedł do wniosku, że często przyczyną uporczywości ich jest zakażenie — najczęściej laseecznikiem okrężnicy. Kilku chorych opsonizował wakcyną, przygotowaną sposobem Wrighta i w jednym przypadku osiągnął zamknięcie przetoki, gdy żółć stała się jałową.

Sawicki B. przytacza 6 przypadków ciężkich powikłań po operacyi z powodu zatkania przewodu żółciowego wspólnego — jako to gruźlicy, krwotoków.

Kijewski Fr. jest zdania, że polska statystyka operacyi na drogach żółciowych jest zła, bo chirurgom dostaje się chory w stanie bardzo ciężkim. K. wszystkie przypadki sączkuje. Na wyniki badań Rottermunda na razie zapatruje się jeszcze z pewną rezerwą. Sądzi, że w każdym przypadku żółć należy badać na drobnoustroje.

POSIEDZENIE VI.

Krauze (Warszawa) zgadza się z Ziemackim, że idealne cięcie pęcherza żółciowego należy stosować w bardzo rzadkich, wyjątkowych przypadkach, wobec nader sprzyjających okoliczności. Natomiast wycięcie pęcherza żółciowego stosuje K. szerzej, niż Ziemacki, a mianowicie: jeżeli znaj-

duje w nim jakiekolwiek zmiany, jak owrzodzenie, zgorzel śluzówki i t. d., nadewszystko zaś, jeżeli ściany pęcherza są zgrubiałe, wówczas bowiem może rozwinąć się nowotwór złośliwy, jak to K. spostrzegał u kobiety, u której wytworzył przetokę pęcherzową w kamicy żółciowej. Chora ta wyzdrowiała, po kilku zaś miesiącach wróciła z nowotworem pęcherza żółciowego, który przeszedł już na ścianę brzucha. Co się tyczy kikuta po wycięciu pęcherza, to K. nie przyszywa go do otrzewnej ściennej, lecz otacza muślinem i zostawia. K. sączkuje przewód wątrobowy i przewód wspólny, co na jedno wychodzi. Przypadek Rottermunda, który poddał chorą uodpornieniu, wymaga dalszego spostrzegania, gdyż dotychczasowe jest zakrótkie.

Bartkiewicz oświadcza, że wykonał na psach 15 doświadczeń połączenia dróg żółciowych z przewodem pokarmowym: 3 razy zwykłe zespolenie pęcherza żółciowego z jelitem, 6 razy takie samo zespolenie sposobem Monprofita, 2 razy zespolił pęcherz z żołądkiem, 1 raz—z dwunastnicą, 3 razy—zespolenie wątroby z jelitem. Zdechły 2 psy po operacyi sposobem Monprofita i 2 po zespoleniu wątroby z kiszką. Zwierzęta zdychały także w kilka miesięcy po zabiegu w objawach ropnego zapalenia przewodów żółciowych, oględziny pośmiertne stwierdziły olbrzymie zmiany w kanałach żółciowych: rozszerzenia, zgrubienie ściany, zmętnienie żółci, złogi. Znajdowano pozatem ciała obce: słomę, sierść, groch i t. d. W jednym przypadku zwierzę zdechło w 3 dni po operacyi wskutek zatkania wszystkich dróg żółciowych ogromną liczbą glist. Zespolenie miąższu wątroby z przewodem pokarmowym jest zabiegiem, który u psów udaje się z dużą trudnością z powodu kruchości wątroby i grubości ściany jelita. Mikroskopowo nie udaje się zupełnie stwierdzić odpływania żółci tą drogą. Wnioski: w obecnym stanie techniki wytworzenie zespolenia pęcherza żółciowego z jelitem jest operacyą poronioną, zastosowanie jej winno być ograniczone do przypadków rozpaczliwych.

Pruszyński na podstawie doświadczenia jest zdania, że w operowaniu kamicy żółciowej należy być możliwie radykalnym, to też, by chory był operowany w warunkach pomyślnych, zabieg chirurgiczny winien być zalecany już po pierwszym napadzie. Niewątpliwie, zakażenie gra niezmiernie ważną rolę w sprawie powstawania kamicy żółciowej, zwłaszcza — laseeznikiem okrężnicy, to też mogą mieć doniosłe znaczenie badania nad wyjaławianiem dróg żółciowych od tego pasożyta, rozpoczęte przez Rottermunda. Nie może się jednak P. zgodzić ze zdaniem, że powstawanie kamicy polega jedynie na zakażeniu drobnoustrojami, bowiem uważa, że tło cierpienia polega na zaburzeniach w przemianie materyi, pokrewnych do t. z. skaz, których źródło tkwi w spaczeniu utleniania. Badania, wykonane przez Pr. ze współudziałem F. Majewskiego, ś. p. Żebrowskiego, Siemieńskiego — wykazały, że istnieje pewien związek pomiędzy stanem wątroby i składem żółci, i po utworzeniu przetoki żółć stopniowo powraca do stanu prawidłowego. Z drugiej zaś strony badania fizyologicznego działania żółci wykryły, że jest ona 9 razy bardziej trująca, niż mocz, jeszcze bardziej trująca, niż odpowiadająca jej ilość kwasów żółciowych, że istnieje jeszcze

inna substancya w żółci o bardziej trujących własnościach, przez żółć oczyszcza się ustrój z niektórych substancyi toksycznych. To też mniej lub więcej prawidłowy skład żółci świadczy o powrocie prawidłowych warunków w sprawności wątroby. Przy zamykaniu przetoki należy badać żółć nietylko na obecność drobnoustrojów, lecz również na ilości głównych składników żółci.

Szuman (Toruń) radzi nie zwlekać zbyt długo z operacyą, i jeżeli Karlsbad, wzgl.— oliwa, cholelizyna, chologen po kilku miesiącach i po kilku atakach nie powstrzymały zjawienia się nowych ataków, przystępuje do zabiegu. Za zabieg typowy i najczęściej wskazany uważa utworzenie przetoki pęcherzowej z sączkowaniem cewnikiem № 15—16, mającym jeden otwór na zaokrąglonym wierzchołku, i jeden—z boku. Cewnik ten zostaje przeciętnie 12—18 dni. Zbytnie wyczekiwanie może doprowadzić do fatalnego zakażenia ogólnego, lub do zakażenia otrzewnej. Przetoki, pozostającej na stałe, Sz. nie spostrzegał, z wyjątkiem jednego przypadku, który wymagał wtórnej operacyi.

Leśniowski (Warszawa). Operacyjne leczenie kamicy żółciowej w olbrzymiej większości przypadków prowadzi zupełnie do celu. By operacya odpowiadała swemu celowi, musi być wykonana w warunkach odpowiednich, a więc u chorych niezbyt wyniszczonych, musi być wykonana możliwie dokładnie, rozlegle, śmiało; drogi żółciowe muszą być zrewidowane skrzętnie, muszą być z nich usunięte i kamienie, i miał kamieniowy. Sączkować należy zawsze czy to gazą, czy rurką gumową, sączkować rurką należy przewód wątrobowy.

L. jest przeciwny zasadniczemu usuwaniu pęcherza żółciowego, wycina tylko mocno zmienione. Nawet tam, gdzie przewód pęcherzowy jest zarośnięty, należy dążyć do odbudowania przewodu. Po takiem postępowaniu przetoka pozostaje zawsze, trwa parę lub kilka tygodni i zagaja się. W przypadkach, które pozostały przy życiu, L. zawsze otrzymał zagojenie przetoki na stałe. Gdyby napotkał niezagajającą się przetokę, szukałby przyczyny niezagajania się nie w zakażeniu dróg żółciowych, gdyż mielibyśmy wówczas takie przetoki b. często, lecz raczej w przeszkodzie mechanicznej: w pozostawionym kamieniu, w załamaniu się przewodu wspólnego, w zwężeniu jego bliznowem i t. p. Odnośnie przemówienia Rottermunda — ma L. pewne wątpliwości. Jakkolwiek nie chce obniżać wartości badań Rottermunda, to jednak nie jest zupełnie przekonany, że zagojenie nastąpiło dzięki zastosowaniu szczepionki. Dopiero długotrwałe spostrzeganie i na licznym materyale klinicznym pozwoli należycie ocenić wartość propozycyi Rottermunda.

Borzymowski. By zapobiedz powstaniu długotrwałej przetoki po utworzeniu przetoki pęcherza żółciowego, postępuje podług sposobu, podanego przez Karczewskiego, mianowicie, wkładając do pęcherza sączek, wgłabia się ścianę pęcherza w ten sposób, by sączek otaczała nie śluzówka, lecz otrzewna. Po wyjęciu sączka przylegają do siebie błony surowicze i szybko sklejają się ze sobą.

Ziembicki zgadza się z Leśniowskim, że długotrwałe przetoki żółciowe pooperacyjne zależą albo od tego, że przewód wspólny jest zatkany na swym przebiegu, lub w brodawce Vatera, albo też wskutek operacyi nastąpiły przemieszczenia wskutek zrostów. Zmiany te wystarczają, by żółć nie mogła swobodnie odpływać i następnie — nie mogła ulegać odkażaniu. Następnie zwraca Z. uwagę na okoliczność, że nie należy zadawalać się nacięciem pęcherza żółciowego i, po usunięciu zeń kamyków, wytworzeniem przetoki, lecz należy wykonywać całkowitą cholotomię Delagenière'a, o ile chcemy unikać powtórnych operacyi.

Watten (Łódź). Rozporządza na ogół materyałem b. zaniedbanym. Operował 40 przypadków, trzy razy miał przetoki z powodu ropnego zapalenia przewodów żółciowych głębszych. Przewodu żółciowego, względnie pęcherza żółciowego do rany nie przyszywa Sączek zostawia tak długo, póki sam nie wypadnie. Pęcherz żółciowy usuwa niechętnie pomimo dużych zmian.

Kader. Operował wiele i wobec zapalenia przewodów żółciowych i kamieni zajmuje stanowisko bardzo doszczętne. K. wycina worek zasadniczo, choć bywają wyjątki. Sączkuje przewód wątrobowy i wspólny. Jest za utworzeniem połączenia między workiem i żołądkiem. Tamponuje i wyniki otrzymuje dobre.

Dembowski (Wilno). W celu uniknięcia zagięcia się przewodu żółciowego wskutek sączkowania podał D. dla takiego sączkowania tych dróg rurkę w kształcie litery T. Sposób ten zapobiega zgięciu i ułatwia przepłukiwanie przewodów żółciowych.

Sawicki B. Ze względu na raka wycina pęcherz żółciowy, szczególniej u ludzi starszych, przytem usuwa pęcherz tak, że zostawia otrzewną, pokrywającą pęcherz, którą przyszywa do otrzewnej ściennej. Przetoki goją się potem szybko.

Rottermund. Zwraca uwagę na lepkość żółci, która ma pewne znaczenie dla kamicy żółciowej, jak to wykazał Komura

Oderfeld (Warszawa). Operował około 60-iu przypadków. Wytwarzanie przetoki pęcherzowej zarzucił i operuje wyłącznie przypadki ciężkie, w których obok schorzenia pęcherza istnieją kamienie dróg żółciowych. Zasadniczo usuwa pęcherz, kierując się znanym faktem wytwarzania się raka w dużej odsetce przypadków, lub że wobec zakażenia błony śluzowej istnieje duża szansa nawrotu kamicy. Nie uważa za uzasadnione pozostawiać chory pęcherz, by módz później wykonać problematycznej wartości operacyę, jaką jest zespolenie pęcherza z jelitem.

Falgowski. „O korzyściach operowania drogą pochwową". Przez pochwę można wszystko usunąć z wyjątkiem gruźlicy. W sprawach ropnych operowanie tą drogą pozwala uniknąć zakażenia otrzewnej; ma ono i znaczenie ekonomiczne, bowiem pozwala operować ubogich, nie narażając ich na duże koszty i na stratę czasu. Operował 108 razy, jedna chora zmarła. Po takich operacyach chore szybko wstają, zdrowienie idzie szybko, odżywianie chorej jest lepsze i dogodniejsze. Podczas operacyi otrzewna nie

podlega działaniu powietrza, co ujemnie wpływa na nią. F. operował tym sposobem ciąże jajowodowe, mięsaki macicy, torbiele i zagięcie macicy ku tyłowi. Nie nadaje się do operowania tą drogą rak macicy, który należy usuwać doszczętnie cięciem brzusznem.

Wrześniowski (Częstochowa). „Leczenie otwarte gruźlicy ropnej stawów“. W. poleca szerokie otwarcie stawów, które pozwala dokładnie obejrzeć staw, ułatwia usunięcie wszystkich zmienionych części i tamponowanie rany. Wyniki b. zadawalające. Przedstawia chorego, u którego w ten sposób wyleczył staw skokowy, drugi chory miał to samo zrobione ze stawem łokciowym. W ranach postrzałowych kości ze zmiażdżeniem radzi otworzyć ranę szeroko i usunąć odłamy, pozostawiając okostną, aby kość mogła odrodzić się. Przedstawia chorego po ranie postrzałowej kości ramieniowej, i drugiego po ranie postrzałowej goleni, pomyślnie zagojonej.

Sławiński. Omawia dwa przypadki, wyleczone podanym przez Wrześniowskiego sposobem doszczętnego oczyszczenia kości na stopie.

Stankiewicz W. W 16 przypadkach ran postrzałowych stawów oczyszczał rany doszczętnie, nawet wycinał części stawów, otrzymał wyniki dobre, dwóch zmarło. Potem spostrzegał 8 przypadków zniszczenia stawów na tle gruźlicy. Tu wyniki były inne ze względu na ogólne zmiany ustroju.

Kader. „Przypadek wszczepienia części stawojej kości udowej ze świeżych zwłok ludzkich w miejsce części wyciętej“. K. opisuje szczegółowo przypadek. Chory po operacyi ma się zupełnie dobrze, od operacyi upłynęło 4 miesiące.

Czajkowski (Sosnowice). „O leczeniu gruźlicy kości, stawów i skóry“. W celu leczenia rozdęcia kości gruźliczego C. robi nacięcie, usuwa ropę i nakłada opatrunek obojętny. Potem wstrzykuje własnego wyrobu szczepionkę przeciwko gruźlicy, kość powraca do stanu prawidłowego. C. podaje wyleczonych kilkanaście przypadków.

Skabowski (Warszawa). „Leczenie gruźlicy kości i stawów promieniami X“. S. leczył w ten sposób 8 przypadków, w 2 nastąpiło wyzdrowienie zupełne. Spina ventosa znikła zupełnie, gruźlica stawu skokowego znacznie poprawiła się, obrzmienie znikło, przetoki zaczynają goić się. Bóle znikły już po pierwszem naświetlaniu. Im staw i kości są mniejsze, tem wynik jest lepszy.

Smużyński (Warszawa). „Przyczynek do leczenia zwichnień nawykowych barkowych“. Przemówienie to będzie wydrukowane w „Przeglądzie Chirurgicznym i Ginekologicznym“.

Mieczkowski. „O pęknięciu błony wewnętrznej tętnicy piszczelowej skutkiem nadmiernego wyprostowania kolana“. Pęknięcie takie może nastąpić i w tętnicach zdrowych, może ono wygoić się w zupełności. Najczęstszą przyczyną bywa nadmierne rozciągnięcie tętnicy, jako też i zmiany w odżywianiu, uraz, i silne napięcie. Najczęściej widuje się takie pęknięcie w przebiegu nastawiania zwichnięć. M. opisuje następujący przypadek. Chory schodząc ze schodów potknął się i odrazu uczuł mocny ból w łydce, ból

nie ustępował. Znaleziono wylew krwawy na wewnętrznej powierzchni stopy, której zginanie wywoływało mocny ból, po 4 dniach ból ustąpił. Po upływie paru tygodni utworzyło się owrzodzenie, które powiększało się i wywołało zgorzel 4 palców; zgorzel przeszła wyżej ku górze. Po 4 miesiącach odjęto kończynę dolną z powodu nadmiernego bólu. Badanie tętnicy wykryło zator zupełny w połowie uda i zwężenie tętnicy na dużej przestrzeni. Nastąpiło zatem rozerwanie błony wewnętrznej, które, powoli zabliźniając się, wywołało zator z jego skutkami.

Zaremba. „O kikucie osteoplastycznym w amputacyach podudzia". Z. dla otrzymania dobrego kikuta podaje sposób, który polega na tem, że wycina się kawałek strzałki, przykrywa się nim kikut obu kości, zaszywa się najpierw okostną, potem skórę. Otrzymuje się płaski kikut kostny. W 3-ch przypadkach takiej operacyi otrzymał wyniki zadawalające.

Chlumsky. Dla tegoczesnej ortopedyi nie sa potrzebne sztuczne sposoby osteoplastyczne, lecz jedynie kikut jaknajdłuższy.

Chlumsky. „Wyniki leczenia za pomocą diatermii". Przemówienie to było wydrukowane w T. IV, Z. I „Przegl. Chir. i Ginek.".

Jakimiak (Warszawa). „O ranach przepony". J. zebrał z piśmiennictwa 73 przypadki ran przepony. 54 leczono za pomocą operacyi przez klatkę piersiową - zmarło 3; 12 przypadków leczono za pomocą cięcia brzucha—zmarło 4. J. spostrzegał 3 przypadki, jeden chory zmarł, gdyż operowano zapóźno. J. przychodzi do wniosku, że należy operować przez klatkę piersiową po rozszerzeniu rany.

Zawadzki A. spostrzegał 7 przypadków ran przepony. Cięcie brzucha daje tu wyniki niepomyślne.

Judt (Warszawa). „O rentgenografii jamy brzusznej" i *Barszczewski* (Warszawa) „Radiopalpatio jamy brzusznej". Pokazują w obrazach niknących zdjęcia, dotyczące rentgenografii jamy brzusznej.

Neugebauer (Warszawa). „W sprawie ciąży pozamacicznej". Przytacza kilka przypadków ciąży pozamacicznej, przyczem zaznacza, że śmiertelność w tych przypadkach wynosi około 50%. Tylko szybka operacya może uratować chorą. Chociażby rozpoznanie nie było zrobione ściśle, tem niemniej należy operować.

Na tem rozprawy zjazdowe zakończono.

NEKROLOGIA.

D. 30 marca r. b. zmarł w Warszawie Józef Szpilrajn.

Po ukończeniu nauk lekarskich w Uniwersytecie Warszawskim w r. 1892 rozpoczął swój zawód lekarski, jako lekarz miejscowy i asystent oddziału chirurgicznego w Szpitalu dla dzieci przy ul. Sliskiej. Po upływie 2 lat został asystentem kliniki chirurgicznej w Szpitalu Ś-go Ducha. Tam w krótkim czasie zwrócił na się uwagę swą procowitością, wiedzą i prawdziwem poświęceniem dla chorych. Po kilku latach przeniósł się do Radomia; prowadził tam oddział chirurgiczny Szpitala żydowskiego; byl wysoko ceniony przez kolegów, cieszył się ślepem zaufaniem swych pacyentów. Po odbyciu wojny japońskiej powrócił do Warszawy i został asystentem oddziału chirurgicznego w Szpitalu żydowskim. I tu w krótkim czasie zaznaczył się, jako pracownik niestrudzony, doświadczony, zamiłowany w swoim zawodzie. Drukiem ogłosił rozprawę „O nakłuciu osierdzia".

Ubyła nam przedwcześnie niewyzyskana siła wybitna, zmarł pracownik o zaletach umysłu i serca niepospolitych. To też zgon jego wywołał niekłamany żal w sercach wszystkich, którzy mieli możność bliżej poznać szlachetnego i zacnego człowieka. Cześć jego pamięci!

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

W styczniu r b. otwarto w Al. Jerozolimskich № 65 w specyalnie na ten cel wybudowanym gmachu zakład lecznicy chirurgiczno-ginekologiczny z oddziałem dla rodzących. Zakład ten d-rów: St. Anteckiego, St. Cykowskiego, St. Gurbskiego, J. Laskowskiego, A Leśniowskiego, R. Rauma, Z. Sławińskiego, W. Smoniewskiego, A Wertheima i W. Żurakowskiego — został właściwie przeniesiony z poprzedniego lokalu przy ul. Boduena № 5.

Zajmuje on sutereny, parter, 2, 3, 4 i 5 piętra. W suterenach mieści się źródło ogrzewania centralnego wodnego, kocioł, wytwarzający parę pod ciśnieniem 4 atm. dla wyjaławiania materyałów opatrunkowych, pralnia, suszarnia bielizny i inne pomieszczenia gospodarcze.

Na parterze mieszczą się 4 gabinety dla udzielania porad chorym przychodzącym, pracownia rentgenowska dla celów rozpoznawczych i leczniczych, kancelarya i mieszkanie stałego lekarza zakładu. Na drugiem piętrze umieszczono wyłącznie dział gospodarczy, a więc kuchnię, wspólną jadalnię i czytelnię, mieszkanie zarządzającej zakładem, służby. Na 3, 4, 5

piętrach znajdują się pokoje dla chorych, każde piętro jest zaopatrzone w salę opatrunkową i łazienkę. Piętro 5 prócz tego mieści 2 sale operacyjne, osobny pokój z umywalniami, pokój dla wyjaławiania i pokój dla lekarzy. Umywalnie lekarskie są zaopatrzone wyłącznie w wodę wyjałowioną. Sale operacyjne posiadają światło górne do operacyi nocnych, sala zaś do operacyi aseptycznych ma pozatem światło specyalne odbite o sile 20,000 świec, pozwalające znakomicie oświetlać nejgłębiej położone pole operacyjne.

Zakład posiada 32 pokoje dła chorych stałych. Ogrzewanie zakładu — centralne, wodne, oświetlenie — elektryczne.

* * *

N I piętrze tegoż gmachu mieści się Zakład ortopedyczno-chirurgiczny i Zanderowski d-rów Wacława Łapińskiego i Witolda Reklewskiego.

Jest on przeznaczrny do leczenia chorób kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, nerwów, zaburzeń przemiany materyi i t. p. Zakład jest zaopatrzony w następujące środki lecznicze:

1) przyrządy zanderowskie czynne i bierne (2 motory elektryczne);
2) przyrządy do leczenia skrzywień kręgosłupa różnych systemów;
3) przyrządy do leczenia elektryczno-świetlnego i gorącem powietrzem (ogólne i miejscowe);
4) elektryzacya, mięsienie wibracyjne i t. p.;
5) przyrządy ssące Biera do leczenia przekrwieniem.

Zakład uzupełnia sala operacyjna ortopedyczno-chirurgiczna, zawierająca przyrządy do leczenia garbów gruźliczych według Calota oraz nastawiania zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych, tudzież podręczna pracownia przyrządów ortopedycznych według techniki celluloidowo-drucianej Langego z Monachium.

Powyższe dwa zakłady niewątpliwie — mocno pchnęły naprzód nasze lecznictwo specyalne prywatne.

SPOSTRZEŻONE OMYŁKI.

W pracy Wł. Filipowicza „Odkażanie skóry za pomocą jodyny". T IV, Z. I, str. 13 wydrukowano: „o skuteczności tego traktowania ran urazowych mieliśmy możność przekonać się w 15-u przypadkach, spostrzeganych i t. d." powinno zaś być: „o skuteczności tego traktowania ran urazowych mieliśmy możność przekonać się w 152-ch przypadkach spostrzeganych....."

Na str. 21 wydrukowano: „barwy jednolitej utrzymać nie możemy", zamiast: „tamy jednolitej otrzymać nie możemy".

Redaktor **A. Leśniowski.** Wydawca **C. Stankiewicz.**

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17